



Helsedirektoratet

**Strategier og tiltak for  
å utjevne sosiale ulikheter i helse**  
*Utjevning av helseforskjeller del 2*

Margaret Whitehead  
Göran Dahlgren

WHO Collaborating Centre for  
Policy Research on Social Determinants of Health  
University of Liverpool

Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse: *Utjevning av helseforskjeller del 2*

 Helsedirektoratet

Helsedirektoratet  
Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo  
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo  
Tlf.: 810 20 050, Faks: 24 16 30 01  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)



IS-1666

Utgitt av Helsedirektoratet,  
Postadresse: Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo  
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo  
Tlf.: 810 20 050 Faks: 24 16 30 01

Heftet kan bestilles hos:  
Helsedirektoratet v. Trykksaksekspedisjonen  
www.helsedirektoratet.no  
e-post: trykksak@helsedir.no  
Faks: 24 16 33 69  
Tlf.: 24 16 33 68  
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1666

Kontaktpersoner:  
Tone P. Torgersen: TonePoulsson.Torgersen@helsedir.no  
Øyvind Giæver: Oyvind.Giaever@helsedir.no  
Janne Strandrud: Janne.Strandrud@helsedir.no  
Stig Erik Sørheim: StigErik.Sorheim@helsedir.no

Design/trykk: Nr1 Arktrykk



*Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2006 under title Levelling up (part 2):  
a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health.  
© World Health Organization 2006*

*The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation.*

*©w Norwegian Directorate of Health, 2009.*

**Utjevning av helseforskjeller, del 2:  
Strategier og tiltak for å utjevne sosiale  
ulikheter i helse**

**Göran Dahlgren  
Margaret Whitehead**

**WHO Collaborating Centre for  
Policy Research on the Social Determinants of Health,  
University of Liverpool**



Heftet du nå holder i hånden, utgjør den andre delen av en to-delt publikasjon om sosial ulikhet i helse. Denne delen – del 2 – drøfter konkrete eksempler på hva som kan gjøres for å redusere sosiale ulikheter i helse på forskjellige områder av politikken. Den andre delen – del 1 – handler, mer prinsipielt, om *hva* sosiale ulikheter i helse er, *hvorfor* de bør reduseres og *hvordan* de kan reduseres. De to heftene bør sees i sammenheng.

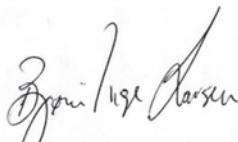
Bakgrunnen for disse to utgivelsene er som følger:

I 1990 utga Europakontoret til Verdens helseorganisasjon (WHO Europa) en unnselig liten trykksak kalt *The Concepts and Principles of Equity and Health*, skrevet av den britiske ulikhetsforskeren Margaret Whitehead. To år senere utkom en tilleggspublikasjon, *Policies and strategies for promoting equity in health*, skrevet av Whitehead i samarbeid med den svenske forskeren Göran Dahlgren, som gikk nærmere inn på den praktiske siden – politikk og strategier – av arbeidet for å redusere sosiale ulikheter i helse.

De to publikasjonene var en direkte oppfølging av WHO Europas «Helse for alle»-strategi, som ble vedtatt i 1985. Det første og viktigste målet i «Helse for alle» var en 25 prosents reduksjon i sosiale helseforskjeller, både innen og mellom land, innen år 2000. De fleste politikere og byråkrater i Europa kjente imidlertid ikke til hva sosiale helseforskjeller var – langt mindre til hvordan de skulle reduseres. Behovet for de to publikasjonene var derfor stort. Deres sjeldne kombinasjon av substansielt innhold, tilgjengelig form og praktisk orientering har også for lengst gjort dem til klassikere både innenfor vitenskapelige miljøer og i politikken og byråkratiets verden. De er sitert i en lang rekke vitenskapelige artikler og oversatt til mer enn 20 språk.

Så langt har imidlertid Whitehead og Dahlgrens klassiske arbeider ikke vært tilgjengelige på norsk. Da begge publikasjoner nylig utkom i nye og oppdaterte utgaver, benyttet vi derfor anledningen. Vi håper at utgivelsen av disse to publikasjonene vil få betydning for strategier for sosial utjevning nasjonalt, regionalt og lokalt – og ikke bare innenfor helsesektoren.

Oslo, mars 2009



Bjørn Inge Larsen

# INNHOLDSFORTEGNELSE

Forfatterne takker .....	7
Forord .....	8
Forkortelser .....	10
<b>Innledning</b> .....	11
<b>Viktige ord og uttrykk som brukes i denne rapporten</b> .....	14
<b>DEL A: Kjernen i problemet og veier til sosiale ulikheter i helse</b> .....	17
I. Problemets omfang .....	17
II. Forståelse av de grunnleggende årsakene .....	25
Helsedeterminanter .....	25
Determinanter for sosiale ulikheter i helse .....	29
<b>DEL B: Mulige strategier og erfaringer</b> .....	37
<b>Lag 1: Det makropolitiske miljøet</b> .....	37
I. Strategier for økonomisk vekst .....	38
Økonomisk vekst som helsedeterminant .....	38
Bedre helse som determinant for økonomisk vekst .....	41
II. Inntektsforskjeller og helse .....	42
III. Fattigdom og helse .....	45
Fattigdom som årsak til dårlig helse .....	45
Dårlig helse som årsak til fattigdom .....	49
Bedre helse som vei ut av fattigdom .....	53
<b>Lag 2: Sektorovergrepene tiltak for å redusere helseforskjeller</b> .....	55
I. Utdanning .....	55
II. Arbeidsmiljø .....	58
III. Arbeidsledighet .....	60
IV. Helse- og omsorgstjenester .....	62
Utjevningsvurderinger av helsesystemer .....	64
Utjevningsorientert helsepolitikk .....	69
<b>Lag 3: Sosial inkluderingspolitikk</b> .....	74

<b>Lag 4: Livsstilspolitikk i et likhetsperspektiv .....</b>	<b>78</b>
I. Tobakkskontroll .....	79
II. Alkoholmisbruk .....	82
III. Kosthold, fysisk aktivitet og fedme .....	86
<b>DEL C:</b>	
<b>Utvikling av utjevningsorienterte strategier for helse .....</b>	<b>90</b>
<b>Strategier for å redusere helseforskjeller .....</b>	<b>90</b>
<b>Tiltaksspekteret i Europa .....</b>	<b>91</b>
<b>Sette mål for utjevnete helseforskjeller .....</b>	<b>94</b>
<b>Hovedstrategier .....</b>	<b>96</b>
Integrerte determinanter i helsestrategier .....	96
Sykdomsspesifikke strategier .....	97
Miljø-tilnærminger .....	97
Gruppespesifikke strategier .....	99
<b>La de siste bli de første i helse for alle-strategier .....</b>	<b>100</b>
<b>Referanser .....</b>	<b>101</b>

## Forfatterne takker

Denne rapporten er skrevet i nært samarbeid med ledende medarbeidere ved Verdens helseorganisasjons europakontor for investeringer i helse og utvikling i Venezia og med hjelp fra kontorets Ekspertgruppe på fattigdom, helseforskjeller og tilknyttede sosiale og økonomiske helsedeterminanter. Utkast til denne rapporten og dens ledsagende strategidokument har blitt presentert i møter med WHO's medarbeidere og i konsultasjoner med europeiske eksperter ved Venezia-kontoret. Disse utkastene er også gjort til gjenstand for anonym ekstern fagfelleevaluering. Omarbeidelsene er foretatt i samsvar med de innkomne kommentarene, som er mottatt med stor takk, men det er forfatterne som er ansvarlige for den endelige teksten og de eventuelle feilene som den inneholder. Vi takker Jerome M. Rosen for hans innsats som manuskriptredaktør og Antonella Biasiotto for hennes administrative støtte.



## Forord

*Dette diskusjonsdokumentet om strategier og tiltak for å utjevne sosial ulikhet i helse kommer i rett tid når man tenker på hva stadig flere europeiske land har gjort i det siste – fra å gå fra beskrivelse av problemet til handling.*

*I løpet av de siste tyve årene har de europeiske medlemsstatene i Verdens helseorganisasjon gått i bresjen for å utvikle en politikk som fremmer likhet i helse. Dette omfatter blant annet en avtale om felles helsestrategi fra 1985, som inneholder viktige likhetsmål Verdens helseorganisasjon stadfested denne forpliktelsen på ny i 2003 ved å etablere Verdens helseorganisasjons europakontor for Investering i helse og utvikling (WHO's kontor i Venezia), som spesifikt fokuserer på de sosiale helsedeterminantene og hva helse-systemene kan gjøre for å sette søkelyset på fattigdom og andre sosiale og økonomiske faktorer som bidrar til dårlig helse. I 2006 fastslo Verdens helseorganisasjons regionsdirektør for Europa at arbeidet med å redusere helseulikheter vil være en av seks strategier i regionkontorets langtidsprogram fram mot 2020.*

*Som ledd i arbeidet med å utvikle veiledning og nyttige verktøy for landene i spørsmålet om helselikheter ble Margaret Whitehead og Göran Dahlgren spurt av WHO's kontor i Venezia om de kunne utarbeide dette dokumentet «Utjevning: et diskusjonsdokument om strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse».*

*Når det arbeides godt og man iverksetter effektive tiltak for å fjerne sosiale helseulikheter, betyr det at et lands helsesystem klarer å nå det potensialet det har. Rapport om verdens helse 2000 («Helsesystemer: forbedring av ytelsene») sier at helsesystemer er summen av mennesker og tiltak som settes inn for å bedre folks helse. Rapporten spesifiserer også at et av målene for et helsesystem må være å redusere helseulikheter på måter som bedrer helsestatusen til de fattigste befolkningsgruppene. Dermed kan man si at kjernen i «Utjevning: et diskusjonsdokument om strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse» legger vekt på det som er mulig å oppnå i et helsesystem. Dessuten handler dette dokumentet om viktige determinanter utenfor helsesystemet, for eksempel ulike strategier for økonomisk vekst, inntektsforskjeller, fattigdom, arbeidsledighet og utdanning.*

*Det foreliggende dokumentet er resultat av en lang rekke diskusjoner. Tidligere versjoner av dette dokumentet har blitt diskutert på en rekke møter i regi av WHO, blant annet i 2005 på et møte med Den europeiske komiteen for helsefremmende tiltak og utvikling. Den endelige versjonen er også et resultat av innspill fra WHOs regionkontor for Europa samt tekniske enheter og eksperter på området i forskjellige land og inneholder perspektiver og eksempler fra over 30 land. Sammen med Utjevning, del 1: Begreper og prinsipper for å utjevne sosiale ulikheter i helse“ (Whitehead og Dahlgren, 2006) håper vi at dette arbeidet vil være til hjelp for beslutningstakere når de skal løse problemet med sosiale helseulikheter i et Europa i rask forandring.*

Erio Ziglio  
Leder av  
WHOs europeiske regionkontor for investeringer i helse og utvikling

## Forkortelser som brukes i denne rapporten

ALPS	Affordability Ladder Program (et verktøy som analyserer helsesystemet fra brukernes ståsted)
BMI	Body Mass Index (= kroppsmasseindeks)
CAP	the European Union Common Agricultural Policy (= EUs felles landbrukspolitikk)
CCEE	the countries of central and eastern Europe (= landene i Mellom- og Øst-Europa)
SUS	Samveldet av uavhengige stater
EU	Den europeiske union
BNP	Bruttonasjonalprodukt
BNI	Bruttonasjonalinntekt
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (= humant immunsviktvirus/ervert immunsviktsyndrom)
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome (= alvorlig akutt luftveissyndrom)
UNDP	United Nations Development Programme (FNs utviklingsprogram)

## Innledning

**«De sosiale forholdene har stor betydning for mulighetene mennesker har til å holde seg friske. I virkeligheten er faktorer som fattigdom, sosial ekskludering og diskriminering, dårlige boliger, usunne forhold for spedbarn og lav yrkesstatus viktige determinanter for de fleste sykdommer, dødsfall og helseulikheter mellom og i de enkelte landene» (WHO, 2004).**

Selv i land med høy og midlere inntekt i WHOs europeiske region er mulighetene for et langt liv og god helse tett forbundet med familiens og enkeltmenneskets sosioøkonomiske bakgrunn. Disse mulighetene gjenspeiles i store og sågar økende sosiale ulikheter i helse i landene i Europa.

Ulikhetene i helse er både urettferdige og unødvendige fordi de forårsakes av en usunn offentlige politikk og livsstilsvalg som er påvirket av strukturelle faktorer (Whitehead og Dahlgren, 2006). De går også på tvers av det grunnleggende menneskerettighetsprinsippet om at alle har «rett til den høyest mulig oppnåelige fysiske og mentale helsestandard» (Kälin et al., 2004). *Det å heve helsestatusen til de mindre privilegerte sosioøkonomiske gruppene til det nivået som de mer privilegerte gruppene befinner seg på, bør derfor være et hovedmål for all internasjonal, nasjonal og lokal helse-politikk.*

Stadig flere land og internasjonale organisasjoner har innsett hvor viktig det er å redusere denne helsekløften. Den britiske helseministeren Patricia Hewitt gav uttrykk for dette på EUs toppmøte om helseulikheter i oktober 2005 (Hewitt, 2005):

*«For oss i EU er det å redusere helseulighetene en viktig del av vårt felles europeiske verdigrunnlag for et samfunn som er like mye basert på sosial rettferdighet som på økonomisk suksess. ... Det er viktig å minske denne helsekløften og gi alle et godt helsetilbud hvis vi skal skape et Europa der det både er sosial rettferdighet og velstand.»*

Tiltak for å bedre helsetilstanden generelt, og spesielt i lavinntektsgruppene er særlig aktuelt i landene i Mellom- og Øst-Europa og innen Samveldet av uavhengige stater (SUS). I de fleste av disse landene – men ikke alle – har befolkningens helse ikke blitt bedre, men snarere verre, og dette ledsages av større sosiale ulikheter i helse. De politiske lederne ser i økende grad ut til å innse nødvendigheten av å snu disse negative trendene. Dette var for eksempel et hovedtema i president Putins tale til nasjonalforsamlingen om rikets tilstand i april 2005 da han sa: «Vi kan ikke slå oss til ro med at den forventede levealderen for russiske kvinner er nesten 10 år, og for menn nesten 16 år kortere enn i Vest-Europa» (Putin, 2005).

Også internasjonale organisasjoner, f.eks. WHO, arbeider for og støtter tiltak for å redusere sosiale helseulikheter. Noen av de siste eksemplene på WHOs arbeid er opprettelse av Kommisjonen for sosiale helsedeterminanter (WHO, 2004), bidrag til Bangkok-charteret for helsefremmende tiltak i en globalisert verden (WHO, 2006a) og WHOs nye europakontor i Venezia for investeringer i helse og utvikling. En av de sentrale etiske verdiene i *Helse 21: en politisk rammeplan for folkehelsen i WHOs europeiske region* er nettopp: «Likhet i helse og solidaritet i handling» (WHOs regionkontor for Europa, 1999; WHOs regionkontor for Europa, 2005c). Likhet i helse er også angitt som en av kjerneverdiene i 34 av de 40 nasjonale politiske dokumentene om helse for alle som er utarbeidet i forskjellige land i WHOs europa-region (WHO, 2005c), samt i Bangkok-charteret for helsefremmende tiltak i en globalisert verden.

Svært få land har imidlertid utviklet spesifikke strategier for å integrere en likhetsorientert helsepolitikk i sin økonomiske og sosiale politikk. Likhetsperspektivet mangler også i mange spesifikke programmer som gjelder forskjellige helsedeterminanter, selv i de landene som hevder at det er et overordnet mål for alle helserelaterte politiske planer og programmer å redusere sosiale helseulikheter. Med tanke på at folk anser helse for å være en av de viktigste dimensjonene for egen velferd, er det underlig at den prioriteres så lavt. Richard Wilkinson (Wilkinson, 2005) har bemerket at:

*«Bemerkelsesverdig få regjeringer har ført en politikk for å forhindre de titusener ekstra dødsfall lenger ned i det sosiale hierarkiet som bidrar til helseulikheter. ... Hvis folk hadde dødd fordi de ble utsatt for en eller annen gift, ville kontorene straks blitt stengt og forblitt stengt til faren var over. Men siden disse dødsfallene skyldes sosiale prosesser, er det ikke den samme følelsen av at det haster.»*

Hensikten med denne rapporten er å bidra til utviklingen av kunnskapsbaserte strategier for å redusere sosial helseulikheter. Denne rapporten legger vekt på de viktigste determinantene for sosiale helseulikheter, som ikke alltid er de samme som de viktigste helsedeterminantene for befolkningen som helhet. I rapporten rettes oppmerksomheten særlig mot politikk og tiltak som enten reduserer eller øker helseulikhetene fordi balansen mellom disse bestemmer mulighetene og begrensningene for å nå likhetsorienterte helsemål.

De politiske løsningene som legges fram i denne rapporten, er basert på vitenskapelig dokumentasjon eller erfaringer som er høstet i en rekke land. Endringer i politikken og forskjellige tiltak blir imidlertid sjelden evaluert med tanke på den helseeffekt de har på forskjellige sosioøkonomiske grupper. Derfor er mange av de politiske løsningene som presenteres i denne rapporten, basert på en antakelse

om at tiltak som endrer determinantene for sosiale ulikheter sannsynligvis også vil påvirke helseulikheterne. Det kan selvfølgelig være tilfeller der det kreves flere, koordinerte tiltak for å redusere synlige sosiale helseulikheter, og det kan være andre tilfeller der tidsforsinkelsen mellom et tiltak og den faktiske helsepåvirkningen ikke er kjent. Denne type usikkerhet er ikke særegen for strategier for å redusere sosiale helseulikheter. Den er typisk for mesteparten av den økonomiske politikken og sosialpolitikken som føres, og den omtales i Helse 21, WHO's helsepolitiske rammeplan for den europeiske regionen: «God helsedokumentasjon omfatter ikke bare forskningsresultater, men også andre typer kunnskap som beslutningstakerne kan ha nytte av» (WHO's regionkontor for Europa, 2005c). De politiske alternativene som presenteres i denne rapporten, bør betraktes og vurderes i dette perspektivet.

De verdiene som ligger til grunn for denne rapporten, bygger på internasjonalt anerkjente sosiale menneskerettigheter og de kjerneverdiene som er angitt i den politiske rammeplanen for folkehelsen i WHO's europeiske region (WHO's regionkontor for Europa, 2005c). Disse verdiene gir tydelige signaler om hvilken kursendring som ønskes, selv om det kan være vanskelig å vurdere omfanget av endringene innenfor en gitt periode.

Det er store forskjeller mellom landene når det gjelder omfanget og årsaker, til de sosiale helseforskjellene, men det finnes ingen strategisk plan for å fjerne helseulikheterne. Mulighetene (og hindringene) for å realisere en likhetsorientert politikk kan også variere som følge av mange faktorer, f.eks. politisk ideologi, institusjonelle strukturer og styrken i forskjellige globale og nasjonale særinteresser. De politiske alternativene som presenteres i denne rapporten, må derfor vurderes og utvikles videre for hvert enkelt land. Når man vurderer og utvikler landsspesifikke strategier for å redusere sosiale helseulikheter, bør imidlertid den generelle analytiske metoden i denne rapporten gjelde i mesteparten av den europeiske regionen.

Det overordnede budskapet i denne rapporten er at tiltak for å redusere sosiale helseulikheter må ansees som en integrert del av den sosioøkonomiske utviklingspolitikken (generelt) og de spesifikke offentlige helseprogrammene og politiske målene (spesielt).

# Viktige ord og uttrykk som brukes i denne rapporten

Det må alltid skilles klart mellom ulikheter i helsestatus og ulikheter i helsetjenester. (Se også det ledsagende dokumentet (Whitehead og Dahlgren, 2006), som diskuterer begreper og prinsipper som gjelder noen av definisjonene under.)

## Uttrykk som gjelder ulikheter i helsestatus

**Utjevning i helse.** Ideelt sett betyr dette at alle kan realisere sitt fulle helsepotensial, og at ingen hindres i å realisere dette potensialet på grunn av sosial posisjon eller andre sosialt betingede faktorer.

**Utjevningsorientert helsepolitikk.** Dette er politikk som går ut på å redusere eller fjerne sosiale helseulikheter.

**Sosiale ulikheter i helse.** Dette er systematiske forskjeller i helsestatus mellom sosioøkonomiske grupper målt etter inntekt, utdanning og yrke. Alle systematiske sosiale helseulikheter innen et land er sosialt frembrakt, mulige å endre og urettferdige.

**Uttrykkene *social inequities in health* og *social inequalities in health* er synonyme i den engelske utgaven av rapporten og er oversatt med *sosiale ulikheter i helse*.** Begge vekker de samme assosiasjonene om helseforskjeller som er urettferdige.

**Helseskille og helsegapet.** Disse uttrykkene brukes om hverandre sammen med uttrykket sosiale ulikheter i helse.

**Relative forskjeller i helse.** Disse måler forholdet mellom helseindikatorverdien for den underprivilegerte gruppen og den tilsvarende verdien til referansegruppen. Den relative forskjellen er dermed et mål på den økte risikoen for å finne dårlig helse i for eksempel den laveste sosioøkonomiske gruppen sammenlignet med den høyeste sosioøkonomiske gruppen eller befolkningen som helhet. Relative forskjeller kan altså angis som prosentvise forskjeller mellom de to gruppene.

**Absolutte forskjeller i helse.** Disse måler forskjellen mellom indikatorverdien for den laveste og høyeste sosioøkonomiske gruppen – for eksempel antall ekstra

dødsfall som følge av en viss sykdom som forekommer (per 100 000 personer) i den underprivilegerte gruppen sammenlignet med den mest privilegerte gruppen.

**Kjønnsforskjeller i helse.** Dette er systematiske helseforskjeller mellom menn og kvinner som er økonomisk, sosialt eller kulturelt betinget – i motsetning til biologiske forskjeller mellom kjønnene. Sosiale ulikheter i helse bør alltid når det er mulig, beskrives og analyseres separat for menn og for kvinner siden både omfanget av og årsakene til de synlige forskjellene kan variere mellom de to kjønnene. Omvendt bør alltid kjønnsforskjeller i helse når det er mulig, relateres til sosioøkonomisk bakgrunn.

**Etniske forskjeller i helse.** Dette er systematiske forskjeller i helse mellom forskjellige etniske grupper. Sosiale ulikheter i helse bør når det er mulig, beskrives og analyseres etter etnisk bakgrunn i land med markert etnisk diskriminering siden både omfanget av og årsakene til de synlige forskjellene i helse kan variere etter etnisk bakgrunn innen forskjellige sosioøkonomiske grupper. Omvendt bør beskrivelser og analyser av helse etter etnisk bakgrunn når det er mulig, analyseres etter sosioøkonomisk bakgrunn for å vurdere omfanget av sosioøkonomiske forskjeller i helse innen forskjellige etniske grupper.

**Geografiske forskjeller i helse.** Dette er forskjeller i helse som observeres mellom ulike geografiske områder. Når det er mulig, bør geografiske forskjeller i helse beskrives og analyseres i forhold til alder og sosioøkonomisk struktur i de områdene som sammenlignes. Den observerte helsestatusen i områder med en homogen sosial struktur kan brukes – med behørig hensyn til forskjeller i aldersstruktur – som erstatning for å vurdere sosiale ulikheter i helse når informasjonen om helsestatusen for forskjellige sosioøkonomiske grupper ikke eksisterer eller er svært begrenset.

**Helsedeterminanter.** Dette er faktorer som påvirker helsen på en positiv eller negativ måte. Denne rapporten fokuserer på sosiale, økonomiske og livsstilsrelaterte helsedeterminanter – det vil si faktorer som kan påvirkes av politiske, kommersielle og personlige beslutninger – i motsetning til alder, kjønn og genetiske faktorer, som også påvirker helsen, men som stort sett ikke kan påvirkes av politiske beslutninger eller retningslinjer.

**Determinanter for sosiale ulikheter i helse.** Dette er sosiale, økonomiske og livsstilsrelaterte determinanter for helse som øker eller reduserer sosiale helseulikheter. Disse faktorene kan alltid påvirkes av politiske, kommersielle og personlige valg eller beslutninger.



## **Uttrykk som gjelder ulikheter i helse- og omsorgstjenesten**

**Likeverdighet i helse- og omsorgstjenesten.** Dette gjelder blant annet oppfatninger om hva som er rettferdige ordninger som sikrer lik geografisk, økonomisk og kulturell tilgang til helse- og omsorgstjenester. Andre sider ved likeverdighet i helse- og omsorgstjenestene omfatter like muligheter for adekvat uformell omsorg og den samme kvaliteten på profesjonell omsorg for alle.

«**Den omvendte omsorgsloven**». Dette er et uttrykk som ofte brukes for å beskrive en situasjon der «tilgjengeligheten til gode helse- og omsorgstjenester har en tendens til å variere omvendt proporsjonalt med behovet i befolkningen som betjenes» (Hart, 1971).

**Rettferdige finansieringsstrategier for helsetjenester.** Disse strategiene gjelder progressive økonomiske bidrag i samsvar med betalingsevne. Dette innebærer finansieringsordninger som sikrer adekvat behandling og omsorg uavhengig av betalingsevne.

# Del A:

# Kjernen i problemet og veier til sosiale ulikheter i helse

## I. Problemets omfang

Det første skrittet i utviklingen av en strategi for å redusere sosiale ulikheter i helse i et land, er å anslå hvor store helseforskjellene er og hvordan de har endret seg over tid. Dette må sees i sammenheng med de generelle trendene i folkehelsen.

### Historiske perspektiver

I et historisk perspektiv har sjansene for å leve et langt liv med god helse blitt bedre enn man kunne vente. Den gjennomsnittlige levealderen har doblet seg i de siste 200 årene, og den forventede levealderen øker fremdeles i de fleste land (Williams, 2004). Det er imidlertid fremdeles svært store helseforskjeller mellom rike og fattige land, og mellom grupper innen land som er velstående og mindre privilegert. De vellykkede eksemplene på reduserte sosiale ulikheter i helse er ikke så synlige, men de finnes.

I et europeisk perspektiv er det for eksempel oppnådd mye når det gjelder å redusere sosiale ulikheter i dødelighet målt i *absolutte* tall (Mackenbach et al., 2002). Disse resultatene er nært forbundet med generelle forbedringer i leve- og arbeidsvilkår.

I et historisk perspektiv har også noen relative *forskjeller* i helse mellom forskjellige sosioøkonomiske grupper blitt redusert og (til og med) nesten eliminert når det gjelder visse helseindikatorer. For eksempel har de store sosioøkonomiske forskjellene i spedbarnsdødelighet som eksisterte i Sverige tidlig på 1930-tallet, nesten blitt eliminert takket være politiske tiltak som gratis helsetjenester for mor og barn, en boligpolitikk som har sikret folk bedre boliger, økonomisk støtte til familier med liten inntekt og generelle velferdsreformer (Burström, 2004). Dette er ikke som noen tror et automatisk biprodukt av økonomisk utvikling. Mange land i Europa med den samme økonomiske utviklingen som Sverige har fremdeles store ulikheter i barnedødelighet (Mielck et al., 2002). De viktigste faktorene når det gjelder Sverige er en sunnere og mer likhetsorientert økonomisk politikk og sosialpolitikk. Det er

også viktig å merke seg at denne reduksjonen i sosiale ulikheter i spedbarnsdødelighet har funnet sted til tross for store sosiale forskjeller i det svenske samfunnet som helhet. Dette betyr at argumentet som noen ganger brukes om at det er utopi å fjerne sosiale ulikheter i helse, ikke har støtte i virkeligheten.

Til tross for en viss suksess finnes det fremdeles store helseulikheter i alle landene i Europa, og målt i relative tall øker disse forskjellene. Det å fjerne disse helseulikhetene – ved å *heve* helsestatusen til de underprivilegerte gruppene til samme helsenivået som de privilegerte gruppene – er nå en av de viktigste utfordringene for det offentlige helsevesenet. Når man utvikler strategier for å redusere sosiale ulikheter i helse blant landene i den europeiske regionen, er det svært viktig å ta hensyn til forskjellene i generelle helsetrender mellom vest- og østeuropeiske land samt landene i det tidligere Sovjetunionen.

Det generelle mønsteret for folk i Vest-Europa er at den forventede levealderen øker. Samtidig øker de sosiale ulikhetene i helse når de måles i relative tall. Disse økende forskjellene skyldes en relativt langsommere forbedring i helse blant de lavere sosioøkonomiske gruppene enn blant høyere sosioøkonomiske grupper. I motsetning til dette har de sosiale helseulikhetene økt i noen av de mellom- og østeuropeiske landene samt SUS-landene, og samtidig har forventet levealder stått stille eller gått tilbake for befolkningen som helhet. I disse tilfellene skyldes de økende helseulikhetene at den helsemessige tilbakegangen har vært større i de lavere sosioøkonomiske gruppene enn befolkningen som helhet. På grunn av forskjellene i de generelle trendene er helsegapet mellom vesteuropeiske og øst- eller melleuropeiske land beskrevet separat i avsnittene under.

## **Ulikheter i helse: vesteuropeiske land**

Det er store sosiale ulikheter i dødelighet i de fleste, om ikke alle, vesteuropeiske land (se Mackenbach, 2005). Overdødeligheten i lavere sosioøkonomiske grupper er ofte 25–50% høyere enn i de høyere sosioøkonomiske gruppene. Disse ulikhetene har en tendens til å være større blant menn enn blant kvinner, og de begynner tidlig i livet og varer inn i alderdommen. I de fleste land forklares nesten halvparten av overdødeligheten i de lavere sosioøkonomiske gruppene med ulikheter i forekomsten av hjerte-karsykdommer. Andre alvorlige sykdommer med markerte sosiale ulikheter er enkelte kreftformer, psykososiale problemer og skader, men det finnes en sosial gradient for nesten alle de vanlige sykdommene.

De siste to tiårene har mange vesteuropeiske land hatt en uventet og betydelig økning i disse sosiale ulikhetene “og det er lite som tyder på at økningen i dødelighetsforskjellene vil stanse i den nærmeste fremtiden” (Mackenbach, 2005). Økende ulikhet i dødelighet de siste tyve årene er godt dokumentert i for eksempel

England og Wales (Drever og Whitehead, 1997), Finland (Valkonen, 1993), Frankrike (Lang og Ducimetiere, 1995), Nederland (van de Mheen, Reijneveld og Mackenbach, 1996), Spania (Regidor et al., 1995) og Sverige (Vågerö og Lundberg, 1995).

Mulighetene for å måle den sosiale ulikheten i helse er bedre i noen land enn andre. Unike registre som muliggjør detaljert analyse av sosial ulikhet i dødelighet finnes i England, der disse forskjellene har blitt dokumentert i over 150 år (Drever og Whitehead, 1997). I England og Wales for eksempel har ulikhetene i forventet levealder mellom akademikere og ufaglærte menn i manuelle yrker økt fra 5,4 år i 1970-årene til over 8 år i 1990-årene (Mackenbach, 2005).

Nye registerdata fra England og Wales viser også at menn mellom 20 og 64 år i delvis faglærte og ufaglærte manuelle yrker har tre ganger så stor risiko for å dø av hjerteinfarkt og slag som menn i den samme aldersgruppen i akademiske yrker og lederstillinger. Ca. 17 000 liv ville vært spart hvert år i England hvis alle menn i yrkesfør alder hadde hatt den samme dødeligheten som menn i akademiske yrker og lederstillinger (Det britiske helsedepartementet, 1999). Undersøkelser viser også at det er en gradient i hele samfunnet, og ikke bare mellom en gruppe med svært dårlig helse og resten som har rimelig god helse. Det typiske er en trinnvis eller lineær reduksjon i helse med synkende sosial posisjon, og dette omtales som den *sosiale gradienten* (Marmot et al., 1997).

Sosiale ulikheter i dødelighet kan også uttrykkes som sjansen for å overleve. Dette perspektivet kan ha stor politisk betydning, fordi det for eksempel viser at "15 år gamle gutter i de mest velstående områdene i Glasgow, har 90% sjanse for å bli 65 år mens gutter i de fattigste områdene bare har 50% sjanse" (Burns, 2005). Den britiske helseministeren beskrev de eksisterende sosiale helseulikhetene på en enda mer slående måte ved å påpeke at på en tur med undergrunnen "*fra Westminster til Canning Town i Øst-London, som bare er 8 stoppesteder fra hverandre, synker den forventede levealderen for menn med ett år per stoppested. Det mønsteret viser seg i en eller annen form i alle europeiske land, noe som er helt uakseptabelt i siviliserte land*" (Hewitt, 2005).

I Frankrike er sannsynligheten for at menn i manuelle yrker dør mellom 35 og 65 år, dobbelt så stor som for menn i ledende sjefstillinger (Mesrine, 1999). I Tyskland rapporterer 16% av barn mellom 11 og 15 år av foreldre fra den laveste sosiale klassen dårlig helse sammenlignet med 1% av barn av foreldre fra den øverste sosiale klassen (Klocke og Hurrelmann, 1995).

Sosiale ulikheter i selvrapportert helse er noen ganger til og med større enn gapet i dødelighet. Som eksempel kan det nevnes en undersøkelse der 11 vesteuropeiske land ble sammenlignet. Den viste at risikoen for selvrapportert dårlig helse var en og en halv til to og en halv ganger større i den nederste halvdel av

den sosioøkonomiske rangstigen enn i den øverste halvdel (Mackenbach et al., 2002). Til forskjell fra ulikhet i dødelighet i 1980- og 1990-årene har disse sosiale ulikhetene i opplevd helse vært temmelig stabile i de fleste vesteuropeiske land (Mackenbach, 2005).

Det er viktig å rette oppmerksomheten mot kjønns spesifikke sosiale forskjeller i helse fordi kvinner med lav inntekt gjerne er utsatt for dobbel diskriminering ved at de både er fattige og kvinner. Kjønnsspektet ved de økende ulikhetene i helse har blitt mye diskutert i Sverige, der kvinner i manuelle yrker og kvinner i lavere stillinger i statsadministrasjonen, er de som har vært mest syke siden 1980 (Socialstyrelsen, 2001).

Sosiale ulikheter i helse forklarer en vesentlig del av den totale sykdomsbyrden i velferdsstatene i Vest-Europa. I Sverige er omtrent en tredel av den totale sykdomsbyrden en forskjellsbyrde som skyldes sosioøkonomiske ulikheter i helse. For begge kjønn faller mesteparten av denne forskjellsbyrden på ufaglærte arbeidere. Ischemisk hjertesykdom representerer den største absolutte forskjellen mellom den fattigste og rikeste gruppen (Ljung et al., 2005). Siden mange land i Europa har større absolutte sosioøkonomiske forskjeller i dødelighet enn Sverige (Vågerö og Eriksson, 1997), er det svært sannsynlig at andelen av den totale sykdomsbyrden som følge av helseulikheter til og med er større i disse landene enn i Sverige. Følgelig bør tiltak for å redusere ulikheter i helse betraktes som en viktig strategi for å heve den gjennomsnittlige helsestatusen for befolkningen som helhet. Ja, i noen land blir det mer og mer tydelig at man ikke oppnår helsegevinster for hele befolkningen uten at det settes inn ekstra tiltak for å redusere de sosiale helseulikhetene innad i landet. Det er situasjonen i England (befolkning på 50 millioner i 2004), der beregninger viser at man ikke vil nå nasjonale helsemål hvis ikke det gjøres større framgang i den nordvestlige regionen av landet (befolkning på 7,4 millioner), den regionen med den dårligste helsen og de fattigste innbyggerne.

## **Ulikheter i helse:**

### **SUS og landene i Mellom- og Øst-Europa**

En av de største tragediene i vår tid er den reduserte helsen og de økende helseulikhetene i overgangsperioden fra planøkonomi til markedsøkonomi i SUS og landene i Mellom- og Øst-Europa. Den forventede levealderen i Den russiske føderasjonen i dag er lavere enn for 40 år siden (Vågerö, 2005). Mellom 1991 og 1994 gikk forventet levealder ned med over seks år for menn og over tre år for kvinner. Ikke-smittsomme sykdommer er den viktigste dødsårsaken hvorav hjerte-karsykdommer, kreft og skader representerte 78% av alle dødsfallene i den yrkesaktive befolkningen i 2003 (World Bank, 2005). Hovedtyngden av denne

dødelighetsskrisen ble båret av menn i lavere sosioøkonomiske grupper (Walters og Suhrcke, 2005). Ved fødselen hadde menn en forventet levealder på bare 58 år (Verdensbanken, 2005), noe som er langt under forventet levealder i land på et mye lavere økonomisk utviklingstrinn, f.eks. Vietnam. De regionale forskjellene i forventet levealder i Den russiske føderasjonen øker også. Mellom 1990 og 2000 økte forskjellen mellom de fylkene som hadde høyest og lavest forventet levealder fra 10,5 år til 17,9 år (Ivaschenko, 2004).

Disse negative helsetrendene generelt og blant menn med lav sosioøkonomisk status spesielt, har økt helses skillet mellom Den russiske føderasjonen og de vesteuropeiske landene fra 4 til 14 år i løpet av de siste tretti årene (Verdensbanken, 2005). Det er også betydelige kjønnsforskjeller i forventet levealder i Den russiske føderasjonen. Russiske kvinner lever ca. 14 år lenger enn russiske menn (Verdensbanken, 2005). De tilsvarende kjønnsforskjellene i Vest-Europa varierer fra 5 til 7 år. Disse tallene viser klart at de nåværende økonomiske overgangstrendene genererer et betydelig antall dødsfall som kunne vært unngått. For eksempel ville anslagsvis 17 millioner russere ha vært i live i dag hvis aldersspesifikke dødelighetsskurver hadde fulgt mønsteret til de 15 landene som var med i EU før 1. mai 2004 (Andreev, 2005).

Trendene i russisk sykелighet og uførhet gir også grunn til bekymring. Nesten 60% av dem som befant seg i den laveste kvintilen, rapporterte om dårlig eller svært dårlig selvoppfattet helse, sammenliknet med 40% i den høyeste kvintilen (NOBUS-undersøkelse, 2003). Dessuten ville en sunn middelaldrende kohort i Den russiske føderasjonen ha mindre enn en tredels sjanse for å holde seg frisk inn i alderdommen sammenliknet med en tilsvarende kohort i Sverige (Bobak et al., 2004).

I mange øst- og mellomeuropeiske land har befolkningen fått redusert helse – særlig menn – og sosiale ulikheter i helse har økt (Groenhof et al., 1996). Estland er et av de landene som hadde en svært stor økning i sosiale helseulikheter mellom 1988 og 2000. For eksempel var overdødeligheten for voksne i den laveste sosioøkonomiske gruppen (målt etter utdannelse) 50% i 1998, mens den var økt til 138% ved utgangen av 2000 (Mackenbach, 2005). I 2000 kunne en 25-årig mann som gikk ut fra universitetet, regne med å leve 13 år lenger enn en mann på samme alder med det laveste utdanningsnivået (Leinsalu, Vagero og Kunst, 2003). Den tilsvarende forskjellen i forventet levealder mellom kvinner med universitetsutdanning og kvinner fra gruppen med lavest utdanning var 8,6 år. I grupper med forskjellige utdannelsesnivåer var forekomsten av selvrapportert dårlig helse tre ganger større hos kvinner med lav utdanning enn hos kvinner med høy utdanning, mens denne forskjellen var mindre markant blant menn med forskjellig utdanningsbakgrunn (Walters og Suhrcke, 2005).

Det er lignende sosiale mønstre for sykdom i andre land i Øst-Europa. For eksempel er dødsrisikoen for personer i lavere sosioøkonomiske grupper over dobbelt så høy som for personer i de høyere sosioøkonomiske gruppene i Litauen, Polen (bare for menn) og Slovenia (Mackenbach, 2005). I Ungarn fant man at risikoen for tidlig død blant menn i manuelle yrker var nesten dobbelt så høy som for menn i ikke-manuelle yrker (Kunst, 1997). Et unntak fra disse negative trendene er imidlertid Tsjekia, der dødeligheten i befolkningen som helhet forandret seg til det bedre uten at det medførte en negativ utvikling for de lavere sosioøkonomiske gruppene (Mackenbach, 2005).

Tuberkulose er en sykdom som er nært forbundet med fattigdom og dårlige levekår. I de siste 15 årene har sykdommen nådd et krisenivå i den østlige halvdel av WHOs europaregion. I 2004 ble det meldt om over 400 000 tilfeller av tuberkulose. 80% av disse var fordelt på bare 16 land: i de baltiske landene, SUS og Romania (WHO, 2006b). Tuberkulose forårsaket ca. 69 000 dødsfall i regionen i 2004. Forekomsten av multiresistent tuberkulose i de mellom- og østeuropeiske landene og SUS er en av de høyeste i verden – over 10 ganger så høy som for resten av verden, og opptil 14% blant nye pasienter. 14 av de 20 landene med den høyeste forekomsten av multiresistent tuberkulose blant tidligere behandlede sykdomstilfeller ligger i WHOs europeiske region. Regionen rapporterer også om det høyeste antall pasienter med behandlingssvikt (7%) og det nest høyeste antallet pasienter der behandlingen endte med døden (6%) (WHO, 2006b). Byrden av denne sykdommen er ikke jevnt fordelt på befolkningen i disse landene, men rammer de fattigste hardest. De største risikofaktorene for tuberkulose i Den russiske føderasjonen er arbeidsledighet, fattigdom, det at man drikker råmelk (en annen indikator på fattigdom), trangboddhet, narkotikabruk og fengselsopphold (Coker et al., 2006).

En rapport utarbeidet av WHOs europakontor for investeringer i helse og utvikling, tar for seg ny litteratur om sosioøkonomiske ulikheter i helse i landene i Mellom- og Øst-Europa og SUS (Walters og Suhrcke, 2005). Denne litteraturen gir overbevisende dokumentasjon på store og økende sosiale ulikheter. De negative helseeffektene i befolkningen er verst blant dem som har lav sosioøkonomisk status. Rapporten viser tydelig hvor viktig det er å bruke eksisterende data, som ofte ser ut til å være underutnyttet, for å beskrive og analysere sosiale ulikheter.

Det er overraskende at sentrale registrerings- og folketellingsdata ikke blir brukt i større utstrekning for å undersøke sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og forventet levealder når man tenker på at mange land i regionen har rimelig god helsedokumentasjon og mål for sosioøkonomisk status, ofte utdanning, registrert på dødsattestene.

## Økende erkjennelse av problemet

På grunn av ulikhetene innser nå stadig flere land og internasjonale organisasjoner viktigheten av å utvikle mer målrettede og omfattende strategier for å redusere helseskillene i den europeiske regionen. Mange erklæringer om å utjevne ulikhetene ser imidlertid ut til å være ren retorikk siden de ikke har blitt fulgt opp med politiske planer og tiltak for å gjøre noe med problemet.

I noen land kan det til og med hende at politikerne ikke er klar over omfanget av og trendene i eksisterende helseulikheter i befolkningen. Dette er ganske bemerkelsesverdig med tanke på at helse er en av de viktigste aspektene ved menneskelig velvære og utvikling.

En utfordring knyttet til erkjennelse av problemet, er at sosiale ulikheter i helse er *usynlige* i hverdagen. Det føles ofte som om død og sykdom rammer venner og familie helt vilkårlig. Tenk deg at det var mulig å se hvem som skulle få leve og hvem som måtte dø tidlig av en unngåelig årsak. En slik *synlighet* ville antakelig forandre helseagendaen radikalt.

På grunn av denne *usynligheten* er det et presserende behov for ikke bare å forbedre helseinformasjonssystemene, men også for å gjøre resultatene av undersøkelser kjent for både politikere og publikum. Noen forbedringer kan allerede sees. I fremtiden vil for eksempel EUs helseinformasjonssystem sette medlemsstatene i stand til å få en mye dypere forståelse av helseulikhetene både i eget land og i forhold til andre deler av Europa (Kyprianou, 2005).

Det må imidlertid gjøres en solid innsats på lokalt, nasjonalt og internasjonalt nivå hvis sosial bakgrunn skal sidestilles med alder og kjønn i analyser av sykkelighet og dødelighet. Dette er viktig fordi kunnskap om sosiale helseulikheter er verdifull ikke bare når man skal utvikle og vurdere strategier for helse, men også når man skal kanalisere ressurser til helsetjenesten dit behovet er størst. Fakta om helseskillene kan også være av kritisk betydning ved utarbeidelse av sosialpolitikk generelt. For eksempel ble det nylig vedtatt en pensjonsreform i Italia, og da var kortere forventet levealder blant industriarbeidere sammenlignet med resten av befolkningen et viktig argument for at ansatte i manuelle yrker skulle gå av med pensjon ett år tidligere (Costa et al., 2006). Endelig kan helseulikheter og utviklingen over tid brukes som indikatorer på den generelle sosiale utviklingen i et land.

## Politiske sjekkpunkter for analyse av helseulikheter

- Bruk både absolutte og relative forskjeller, når dette er mulig, for å uttrykke ulikheter i helse. Dette er også viktig fra et politisk perspektiv siden generelle velferdsstrategier er rettet mot å endre *absolutte* ulikheter i helse mens det



kreves både generelle og likhetsorienterte strategier for å redusere *relative* forskjeller i helse.

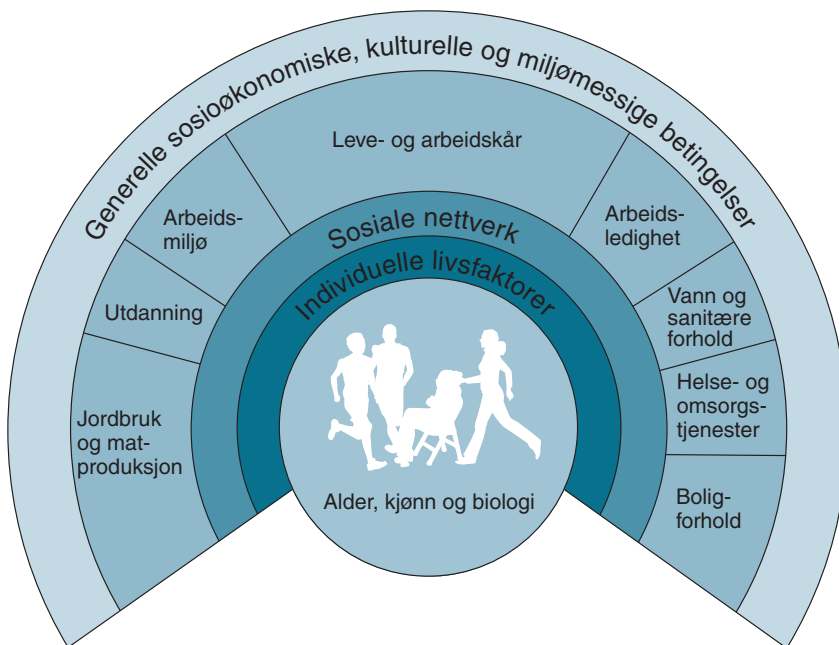
- Bruk inntekt, yrke eller utdanning til å måle sosial posisjon. Alle disse fungerer ganske bra som indikatorer på sosial posisjon i europeiske samfunn selv om alle har noen ulemper. I praksis er valget ofte begrenset til det som er lettest tilgjengelig via de vanlige informasjonssystemene i et land.
- Bruk helsestatusen i økonomisk privilegerte og mindre privilegerte geografiske områder som erstatning for sosiale helseulikheter når det mangler data om helsen til sosioøkonomiske grupper. Argumentet mot dette – at det ikke kan utarbeides en likhetsorientert politikk når det mangler data på helse og sosial posisjon – kan og bør alltid avvises.
- Påse at helseinformasjonssystemene gir informasjon om fordeling av ulike dødsårsaker og registrerte helseproblemer etter sosial bakgrunn og ikke bare etter alder og kjønn. Når det er mulig, bør sosial posisjon og kjønn vurderes sammen siden både omfanget av og årsakene til de observerte sosiale ulikhetene i helse ofte varierer mellom gutter eller menn og jenter eller kvinner.
- Utvikle systemer og spesifikke indikatorer for å overvåke og analysere sosiale helsedeterminanter generelt. Se spesielt på determinantene for sosiale ulikheter i helse – dvs. de determinantene som særlig reduserer eller øker sosiale helseulikheter.
- Publisér periodiske oversikter – offentlige helserapporter – som omfatter dyptgående analytiske beskrivelser av omfanget av og trendene i helseulikheter og de viktigste determinantene som genererer dem. Mange land produserer allerede ulike periodiske offentlige helserapporter, og én anbefaling fra EUs toppmøte i oktober 2005 om ulikheter i helse var å produsere slike rapporter hvert femte år.
- Utføre beregninger over liv som kan reddes eller helse som kan bedres når ulike tiltak rettet mot en bestemt helsedeterminant vurderes. Disse beregningene utføres allerede i noen land når man utreder ulike trafikkikkerhetstiltak. Slike vurderinger av fremtidige helsekonsekvenser kan utvides til andre helsedeterminanter, og likhetsperspektivet kan legges til.

## II. Forståelse av de grunnleggende årsakene

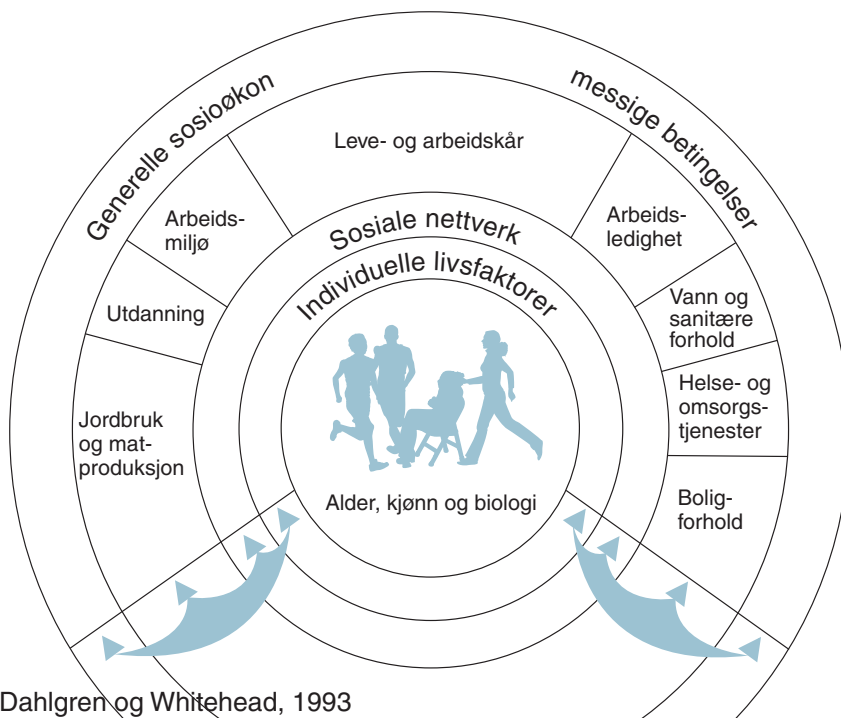
De grunnleggende årsakene (determinantene) til de observerte sosiale ulikhetene i helse må forstås før det kan iverksettes effektive tiltak for å fjerne dem. Konseptuelt har imidlertid de generelle folkehelsedeterminantene ofte blitt blandet sammen med determinantene for sosiale helseulikheter, og begge sett med determinanter har blitt behandlet på samme måte i politikikutviklingen. Faren med en slik tilnærming er at de politiske tiltakene som settes i verk, har en tendens til å bli svært generelle og ikke bidrar til å redusere helseforskjellene. Dette avsnittet tar derfor sikte på å tydeliggjøre denne forskjellen. Det starter med en gjennomgang av de viktigste generelle helsedeterminantene. Deretter skisseres de fem viktigste virkemåtene for disse determinantene og hvordan de bidrar til å skape sosiale helseulikheter. Implikasjonene for likhetsorientert politikk og strategi vises for hver av de fem hoveddeterminantene for helseulikheter.

### Helsedeterminanter

Man kan fremstille determinantene for befolkningens generelle helse som regnbuelignende påvirkningslag (se fig. 1).



Kilde: Dahlgren og Whitehead, 1991



Kilde: Dahlgren og Whitehead, 1993

Midt i figuren er enkeltmenneskene. Alder, kjønn og fysiske egenskaper påvirker deres helse og er i stor grad uforanderlige. Men rundt dem er det påvirkningsfaktorer som teoretisk sett kan justeres gjennom politiske vedtak. Det første laget beskriver individuelle atferdsfaktorer som røykevaner og fysisk aktivitet. Det andre laget omfatter den gjensidige påvirkningen i samspillet mellom enkeltmennesker og mellom enkeltmennesker og deres nærmiljø. Dernest er menneskers evne til å ivareta egen helse (i det tredje laget) påvirket av leve- og arbeidsvilkår, matforsyning og tilgang til nødvendige varer og tjenester. Det ytterste laget som påvirker folkehelsen, består av de økonomiske, kulturelle og miljømessige forholdene som råder i samfunnet. Denne modellen som beskriver helsedeterminanter legger vekt på interaksjoner: Folks personlige livsstil er integrert i sosiale normer og nettverk og i leve- og arbeidsvilkår, som i sin tur er relatert til det sosioøkonomiske og kulturelle miljøet i videre forstand.

Helsedeterminantene som kan påvirkes av individuelle, kommersielle eller politiske beslutninger, kan være positive helsefaktorer, beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer.

**Positive helsefaktorer.** Disse bidrar til at folk opprettholder god helse.

Grunnleggende positive helsefaktorer er for eksempel økonomisk sikkerhet, adekvat bolig og sikker tilgang til mat. Kontroll over eget liv, gode forhold i hjemmet og andre emosjonelt stimulerende sosiale forhold er også viktige positive helsefaktorer (Wilkinson, 2005).

**Beskyttelsesfaktorer.** Dette er faktorer som fjerner risikoen for eller øker motstandsevnen mot sykdom. Det klassiske eksempelet er vaksinerings mot en rekke smittsomme sykdommer. Psykososiale faktorer, for eksempel sosial støtte og en følelse av å ha mål og mening i livet, anerkjennes i stadig større grad som faktorer som beskytter helsen (WHO, 2002). Et sunt kosthold, for eksempel det man har i middelhavslandene med stort innslag av frukt og olivenolje, blir også sett på som beskyttende (Costa et al., 2006).

**Risikofaktorer** eller **risikoforhold.** Disse skaper helseproblemer og sykdommer som det er mulig å forhindre. Slike **risikofaktorer** eller **risikoforhold** kan være av sosial eller økonomisk art, eller de kan være forbundet med spesifikke miljø- eller livsstilsrelaterte helsefarer, f.eks. forurenset luft og røyking.

I praksis kan det noen ganger være vanskelig å skille mellom disse determinantgruppene. Siden oppmerksomheten som oftest er konsentrert om risikofaktorer, er det nyttig å prøve å identifisere positive helsefaktorer og beskyttelsesfaktorer. Relevansen ved å ha et holistisk perspektiv på helsedeterminantene kan illustreres ved valg av fokus når man tenker seg en gruppe som er utsatt for en viss risikofaktor – for eksempel blir 5 personer syke mens 95 holder seg friske. Medisinsk forskning konsentrerer seg ofte om hvorfor de 5

personene får denne spesifikke sykdommen, men det er minst like viktig å finne de faktorene som beskytter de 95 som holder seg friske, selv om også de er utsatt for risikofaktoren.

Man bør analysere hvor mye de ulike risikofaktorene bidrar til den totale sykdomsbyrden slik at det kan settes opp en prioriteringsliste og utvikles egnede tiltak og strategier. Denne type risikoanalyse er utført av WHO (2002). **Tabell 1** viser de 10 viktigste bidragene til den totale sykdomsbyrden i Europa slik de er identifisert av WHO. Alle disse bidragene kan betraktes som *nedstrøms* atferdsrelaterte risikofaktorer. Som utgangspunkt for tiltak representerer disse spesifikke risikofaktorene bare halve fundamentet siden de mer generelle, *oppstrøms* helsedeterminantene til høyre i tabellen ikke er kvantifisert i WHO-analysen.

En omfattende helsestrategi i et gitt land bør selvfølgelig inkludere både nedstrøms og oppstrøms helsedeterminanter og forholdet mellom dem fordi de ofte er så nært forbundet med hverandre. For eksempel må analyser av oppstrøms usunne økonomiske og sosiale helsedeterminanter koples til nedstrøms årsaker til visse sykdommer og helseproblemer. Omvendt må nedstrøms helsedeterminanter, f.eks. usunn livsstil, sees i sammenheng med hvilken påvirkning disse har oppstrøms. De vellykkede tobakkskontrollprogrammene i mange land kan tilskrives en politikk som omfatter tiltak for både oppstrøms determinanter (f.eks. lovgivning og avgifter på tobakksprodukter) og nedstrøms helseopplysning og røykesluttprogrammer.

**Tabell 1. Viktige bidragsytere til den totale sykdomsbyrden i WHOs europeiske region, 2002**

Nedstrøms	Oppstrøms
Ti viktige atferdsrelaterte risikofaktorer for Europa, identifisert av WHO 1. Tobakk 2. Høyt blodtrykk 3. Alkoholmisbruk 4. For høyt kolesterol 5. Overvekt 6. Lavt inntak av frukt og grønnsaker 7. Mangel på fysisk aktivitet 8. Narkotikamisbruk 9. Usikker sex 10. Jernmangel	Større helserisikoer som ikke så lett fanges opp av presise kvantitative analyser - Global, nyliberal handelspolitikk - Inntektsforskjeller - Fattigdom - Arbeidsrelaterte helsefarer - Mangel på sosial samholdighet

Kilde: WHO (2002)

**Tabell 2. Prosent av total sykdomsbyrde forårsaket av spesifikke risikofaktorer/-forhold i EU og Sverige i 1997**

Risikofaktor/-forhold	EU	Sverige
Tobakk	9,0	8,0
Alkohol	8,4	3,5
Fedme	3,7	2,8
Arbeidsmiljø	3,6	2,2
Kosthold: lavt inntak av frukt og grønnsaker	3,5	3,5
Relativ fattigdom	3,1	1,2
Arbeidsledighet	2,9	2,4
Narkotika	2,4	1,7
Mosjon: for lite	1,4	1,4
Kosthold: for mye usunt fett	1,1	1,5

*Kilde:* Etter Diderichsen, Dahlgren og Vågerö (1997).

Betydningen av en spesifikk oppstrøms eller nedstrøms risikofaktor kan variere mellom landene i Europa. **Tabell 2** illustrerer for eksempel at alkoholens påvirkning på sykdomsbyrden i Sverige bare er halvparten så stor som i de 15 landene som var EU-medlemmer før 1. mai 2004 sett under ett. Alle land må vurdere hvilke helsedeterminanter som har størst betydning for dem.

## Determinanter for sosial ulikhet i helse

Kunnskap om de sosiale helsedeterminantene (se fig. 1) er nødvendig, men ikke tilstrekkelig, for å identifisere og analysere determinantene for sosiale helseulikheter. Analysen av årsaksfaktorene må utvikles videre fordi *determinantene for helseulikheter kan være forskjellige fra de sosiale helsedeterminantene for hele befolkningen – det vil si at de viktigste helsedeterminantene kan variere for de ulike sosioøkonomiske gruppene*. For eksempel så er et usunt fysisk arbeidsmiljø en stor risikofaktor for ufaglærte arbeidstakere i Sverige mens dette ikke er tilfellet for personer med høyere stillinger i statsadministrasjonen eller for befolkningen som helhet (Lundberg, 1991).

Fattigdom er et annet eksempel. I høyinntektsland kan fattigdom spille en mindre

rolle for den generelle helsen til befolkningen. Hvor viktig den er, avhenger av hvor mange mennesker som lever i fattigdom i det aktuelle landet. I et land der for eksempel fattigdom er lite utbredt, kan den utgjøre bare 2% av befolkningens totale sykdomsbyrde. Samtidig kan den utgjøre 10% av forskjellen i sykdomsbyrde mellom høy- og lavinntektsgrupper i dette landet. Grunnen er at fattigdom alltid er en stor helsefare for de fattige mens den per definisjon ikke påvirker de velstående.

### **Det er derfor viktig å skille mellom sosiale helsedeterminanter for hele befolkningen og de sosiale determinantene for ulikheter i helse.**

Én metode for å forstå de grunnleggende årsakene (determinantene) til sosial helseulikhet, er å se på hvordan de kjente helserisikofaktorene og -risikoforholdene på ulike måter forårsaker en sosial helsegradient som kan observeres innad i landene (Diderichsen, Evans og Whitehead, 2001). Ved å anvende og videreutvikle Diderichsens metode kan man identifisere følgende fem mekanismer eller veier som fører til sosiale helseulikheter i et land.

#### **1. Forskjellige makt- og ressursnivåer**

Sosial posisjon i samfunnet, definert etter utdanning, yrke eller økonomiske ressurser, har stor betydning for type, omfang og fordeling av helserisikoer i forskjellige sosioøkonomiske grupper. Det er karakteristisk at grupper som er mer velstående, har mer makt og flere muligheter til å leve et sunt liv enn grupper som er fattigere. Sosial posisjon er derfor i seg selv en viktig determinant for sosiale helseulikheter (Link og Phelan, 1996). Denne lagdelingen er vanligvis sterkere når de sosiale skillene i samfunnet er større. Den gjenspeiles også i juridiske og institusjonelle systemer, i politisk makt og markedskrefter.

Determinantene for sosiale helseulikheter generert av forskjellige makt- og ressursnivåer kan bare forstås og måles på gruppe- eller samfunnsnivå (Diderichsen, Evans og Whitehead, 2001). Tiltak for å redusere forskjeller i utdanning eller inntekt mellom sosioøkonomiske grupper vil sannsynligvis ha en positiv virkning i et helseutjevningsspektiv fordi de øker evnen til (og mulighetene for) mindre privilegerte grupper til å unngå usunne leve- og arbeidsvilkår. Utdanning kan også føre til større forståelse mellom forskjellige grupper i samfunnet og dermed bidra til å redusere avstanden mellom gruppene, slik det er skissert i avsnittet om utdanning i del II av denne rapporten.

De psykososiale virkningene av sosial posisjon har også fått større oppmerksomhet i forskning på determinanter for sosiale helseulikheter. Sosial status blir da betraktet som en helsedeterminant i seg selv. I følge Richard Wilkinson har den: *«stor betydning for om folk føler at de blir verdsatt, satt pris på og ønsket eller*

*på den annen side sett ned på, behandlet som om de er ubetydelige, foraktet, stigmatisert og ydmyket» (Wilkinson, 2005).*

Empiriske data viser at personer med lav sosioøkonomisk status i gjennomsnitt er utsatt for mer psykososialt stress i forbindelse med økonomiske problemer og manglende samsvar mellom innsats og belønning. De har også en livs- eller arbeidssituasjon (eller begge deler) som er preget av store krav og liten kontroll. Som Johan Mackenbach forklarer, kan disse formene for psykososialt stress i sin tur føre til dårlig helse, enten på grunn av biologiske mekanismer (for eksempel ved at det endokrine systemet eller immunsystemet påvirkes) eller atferdsrelaterte mekanismer (for eksempel ved å fremme risikoatferd) (Mackenbach, 2005).

Poenget er at psykososiale helsedeterminanter, slik som mangel på kontroll på arbeidsplassen, mangel på sosial støtte og usikre boligforhold, som frembringer usunt stress, er betinget av *sosial struktur* – det vil si relatert til sosial posisjon- og dermed mye vanligere blant mennesker med lav sosial posisjon enn blant mennesker med høy sosial posisjon.

Selv om årsakene til sosiale helseulikheter finnes i den sosiale konteksten og klassestrukturen i samfunnet, betyr det *ikke* at de sosioøkonomiske helseforskjellene reduseres bare ved å forandre klassestrukturen som helhet. Det betyr derimot at prosesser som reduserer forskjellene mellom forskjellige segmenter av befolkningen, sannsynligvis også er gunstig for likhet i helse.

Å redusere ulikheter i helse kan ses på som å øke friheten og makten til mennesker med svært begrensede muligheter til å kontrollere og påvirke eget liv og samfunn (Dahlgren, 2003b). Politisk og økonomisk demokrati, men også andre systemer som gir makt til dem som har minst av den, bør derfor betraktes som en del av en omfattende strategi for å fjerne sosiale ulikheter i helse. Man bør også vie spesiell oppmerksomhet til mulighetene til å styrke påvirkningen på det kommersielle markedet for dem med minst makt, siden nødvendige varer og tjenester på disse markedene bare leveres til dem som kan uttrykke sine behov og krav gjennom kjøpekraft.

## **2. Forskjellige eksponeringsnivåer for helsefarer**

En hovedårsak til at risikoen for å bli syk varierer mellom ulike sosioøkonomiske grupper, er forskjellen i eksponering for de faktorene som forårsaker eller hindrer sykdom. Eksponering for nesten alle risikofaktorer (materielle, psykososiale og atferdsrelaterte) står i omvendt forhold til sosial posisjon – det vil si at jo lavere den sosiale posisjonen er, desto høyere er eksponeringen for forskjellige risikofaktorer – og dette frembringer den kjente sosiale helsegradienten. Omvendt har mennesker med best tilgang til ressurser de beste mulighetene til å unngå risiko, sykdom og de negative konsekvensene av dårlig helse (Link & Phelan, 1995). Den ulike fordelingen



av sosioøkonomiske helsedeterminanter som inntekt, arbeid, utdanning og gode boliger, bør være et hovedfokus for strategier for å redusere helseulikheter (Graham, 2000).

Når det er mulig bør eksponering for forskjellige risikofaktorer analyseres for hver sosioøkonomiske gruppe. Det vil da bli klart hvilke risikofaktorer som er viktige for hvilken gruppe, og om de avviker fra de viktige risikofaktorene for befolkningen som helhet. For eksempel viste en fransk rapport at arbeidsrelaterte risikofaktorer representerte 20% av alle krefttilfeller (unntatt lungekreft) blant personer som utførte manuelt arbeid, men bare 5% av krefttilfellene i befolkningen som helhet (Haut Comité de la Santé Publique, 1998). En likhetsorientert helsepolitikk er derfor opptatt av at arbeidsmiljøet forbedres, i motsetning til en helsepolitikk som begrenser seg til generelle forbedringer i befolkningen.

Disse skjevfordelingene har stor virkning på helselighet i hele Europa siden nesten alle risikofaktorer har en svært markant omvendt sosial gradient, inkludert slike livsstilsfaktorer som røyking og alkoholmisbruk. Derimot har helsefremmende atferd som amming en tendens til å avta med synkende sosial status.

Det er også viktig å prøve å forstå *hvorfor* det finnes en sosial gradient når det gjelder eksponering for forskjellige helsefarer og for faktorer som har en helsefremmende og helsebeskyttende virkning. Når det er mulig, bør disse årsakene bak årsakene identifiseres siden kunnskap om disse drivkreftene er viktig for å utvikle likhetsorienterte strategier for helse. Da vil fokus rettes mot oppstrøms økonomiske og politiske maktstrukturer i et land. I eksempelet over om den økte kreftrisikoen blant franskmenn som utfører manuelt arbeid, vil en strategi kunne være å øke makten til fagforeningene eller myndighetene for å redusere kreftrisikoen på arbeidsplassene når arbeidsgiverne er ikke er villige til å gjøre det.

Når det er en klar sosial gradient for en viss helsedeterminant, har det politiske implikasjoner i den forstand at det trenges spesiell innsats og ekstra økonomiske ressurser – samt spesielle metoder og tilnærminger – for å redusere helsefarene for de mest utsatte. Dette betyr imidlertid ikke at tiltakene bare skal rettes mot disse gruppene. Tvert imot er disse spesielle tiltakene ment å gagne publikum generelt og samtidig redusere sosiale helseulikheter. Behovet for en *utjevningpolitikk som hever standarden for de dårligst stilte gruppene* kan illustreres med behovet for å redusere og eliminere yrkesrelaterte helsefarer på alle arbeidsplasser når det er mulig.

Det er også behov for likhetsorienterte strategier i spesifikke offentlige helseprogrammer. For eksempel bør dette være et viktig aspekt ved tobakkskontrollprogrammer i land der røyking generelt har gått tilbake samtidig som sosiale ulikheter i tobakksbruk har økt. Dette skjer fordi reduksjonen i røyking hovedsakelig har inntruffet blant gruppene med høy og middels inntekt mens røyking er like utbredt eller har økt i lavinnteksgruppene, særlig blant kvinner med lav inntekt

i enkelte land. Det som trengs nå, er generelle tobakkskontrollprogrammer som omfatter tiltak for å fjerne de kjønns spesifikke determinantene for sosiale ulikheter ved røykerelaterte sykdommer, for eksempel negativt stress forbundet med leve- og arbeidsvilkår.

### **3. Det samme eksponeringsnivået har forskjellig virkning**

Det samme eksponeringsnivået for en bestemt risikofaktor kan ha forskjellig effekt på forskjellige sosioøkonomiske grupper. I Sverige for eksempel forårsaker samme nivå av alkoholmisbruk, målt i enheter ren alkohol, to til tre ganger flere alkoholrelaterte sykdommer og skader blant menn med manuelt arbeid enn blant mannlige statstjenestemenn (Hemmingsson et al., 1998). Denne forskjellen i virkning mellom gruppene kan forklares med forskjellene i drikkemønster og sosiale støttesystemer på jobben og hjemme. En politikk for å redusere sosiale helseulikheter forårsaket av differensierte virkninger bør derfor fokusere på det sosiale, kulturelle og økonomiske miljøet i tillegg til å redusere den spesifikke risikofaktoren. Dette kan kreve sosial og økonomisk støtte, samt intervensjoner rettet mot tilbud og etterspørsel etter alkoholprodukter (se delavsnittet om alkoholmisbruk i del II).

Slike differensierte virkninger kan også skyldes økt sannsynlighet for at lavinntektsgruppene blir eksponert for flere risikofaktorer som forsterker hverandre. For eksempel kan vedvarende stress øke risikoen for å få smittsomme sykdommer fordi det svekker kroppens immunsystem (Wilkinson, 2005). Den relative risikoen for å utvikle ikke-smittsomme sykdommer kan også øke når flere risikofaktorer kombineres. Helsedepartementet i Den russiske føderasjonen har anslått at slike flerfaktorer øker risikoen for å dø av hjerte-karsykdommer med fem til sju ganger (det russiske helsedepartementet, 1997).

Det å forstå årsakene til sosiale helseulikheter krever et enda videre perspektiv siden helseulikheter genereres av den samlede virkningen av mange faktorer, f.eks. sosial ekskludering, lav inntekt, alkoholmisbruk og dårlig tilgang til helsetjenester.

Forskning på synergieffekter (forsterkende virkninger) av ulike risikofaktorer som er typiske for lavinntektsgrupper, er fremdeles temmelig begrenset. WHO's spesialenhet for prioritering av forskning på likhet i helse har derfor anbefalt at det bør gis høy prioritet til forskning på samspillet mellom faktorer som påvirker sannsynligheten for å oppnå eller beholde god helse på individnivå og innenfor den sosiale kontekst (WHO's spesialenhet for prioritering av forskning på likhet i helse og WHO's likhetsteam, 2005). Man tror at slike selvforsterkende virkninger finnes blant lavinntektsgrupper som er utsatt for flere risikofaktorer, f.eks. økonomisk stress som følge av lav inntekt, trangboddhet, røyking og fedme – der alle opptrer sammen. Det er også svært sannsynlig at troen på at noe kan gjøres svekkes når byrden av

risikofaktorer øker.

Når man skal håndtere en gruppe risikofaktorer, blir den politiske utfordringen å identifisere inngangspunkter for å redusere eller eliminere synergieffektene og utvikle *en pakke* med flere politiske tiltak og virkemidler for å bryte den onde sirkelen av dårlig helse. Dette er en stor utfordring når man utvikler og iverksetter fellesskapsbaserte helseprogrammer, f.eks. strategier for fornyelse av nabolag.

#### **4. Virkninger i et livsløp**

En annen viktig vei til sosiale helseforskjeller i et land er det livslange perspektivet, det vil si den kumulative effekten av alle de ovennevnte risikofaktorene som påvirker hverandre og fungerer i et helt livsløp. Mange hendelser tidlig i livet fører til dårlig helse senere, og de materielle forholdene tidlig i livet forutsier mer om helsestatus senere i livet enn sosial posisjon i voksen alder (Lynch, Kaplan og Salonen, 1997; Eriksson et al., 1999). Fattigdom i barndommen har også vist seg å være forbundet med dårlig helse i voksen alder – for eksempel i landene i Mellom- og Øst-Europa og SUS (Walters og Suhrcke, 2005).

Virkningene i et livsløp overføres fra foreldre til barn siden de er nært knyttet til sosial bakgrunn. For eksempel vil den sosiale posisjonen til foreldrene påvirke skoleprestasjonene til barna, noe som i sin tur påvirker arbeidsforholdene og lønnsnivået når barna vokser opp. Spesifikke risikofaktorer binder også generasjonene sammen (Power og Matthews, 1997). Det faktum at flere arbeiderklassekvinner røyker under svangerskapet, forklarer for eksempel delvis det høyere antall barn med lav fødselsvekt i lavere sosioøkonomiske grupper, noe som over tid øker risikoen (og de sosiale helseulikhetene) for hjerteinfarkt, slag, høyt blodtrykk og type 2-diabetes når barna vokser opp.

Kronisk sykdom i barndommen – som er vanligere blant barn av personer i manuelle yrker – kan ha langsiktige følger for helsen senere i livet. Dårlige sosioøkonomiske forhold har også sammenheng med enkelte former for usunn livsstil i oppveksten, f.eks. røyking.

Slike kumulative, livslange virkninger anses som en vesentlig forklaring på de variasjonene som observeres i helse og forventet levealder etter sosioøkonomisk status (WHO, 2002). I et politisk perspektiv viser dette hvor viktig det er å ha som hovedstrategi å iverksette tiltak på et tidlig tidspunkt for å forebygge de prosessene som øker risikoen for dårlig helse senere. Fattigdom i barnefamilier bør vies spesiell oppmerksomhet, for dette kan sette i gang en hel kjedereaksjon av sosiale risikofaktorer som skader helsen gjennom hele livet. Velferdspolitiske tiltak må derfor "sørge for ikke bare et sikkerhetsnett, men også et springbrett for at folk skal komme seg ut av den fattigdommen de befinner seg i" (WHO's regionkontor for Europa, 2005c). Disse strategiene for å redusere helseulikheter i barndommen bør omfatte

økt levestandarden og spesifikke helsepolitiske virkemidler for barn i lave sosioøkonomiske grupper samt tiltak for å bedre helsen blant barn generelt (Mielk, Graham og Bremberg, 2002). Det å redusere de generasjonsovergripende årsakene til fattigdom og øke mulighetene for en sunn og positiv barndom er en av de største utfordringene i arbeidet med å redusere sosiale helseulikheter.

### **5. Ulike sosiale og økonomiske virkninger av å bli syk**

En femte potensiell vei til sosiale helseforskjeller berører de forskjellige sosiale og økonomiske konsekvensene av å bli syk. Dårlig helse kan ha mange uheldige følger for folks liv og levebrød, blant annet inntektstap i jobben, tap av arbeid i seg selv samt sosial isolasjon eller ekskludering forårsaket av arbeidsledighet eller aktivitetsbegrensninger som følge av sykdom. Samtidig kan syke personer oppleve ekstra økonomiske byrder som følge av høye egenandeler for den helseomsorgen og de medisinene de trenger. Sannsynligvis kan alle disse negative følgene ved sykdom føre folk inn i en forverret livssituasjon som skader helsen ytterligere.

Hvis det er en sosial gradient i omfanget av disse konsekvensene, med negative sosioøkonomiske konsekvenser som øker med synkende sosioøkonomisk posisjon, kan dette bidra til de observerte sosiale helseforskjellene. Dokumentasjon på slike mekanismer eksisterer, er funnet både i Sverige og Storbritannia, der det er sosiale gradienter i sysselsettingstallene for folk med kronisk sykdom eller funksjonshemming: Sannsynligheten for å ha arbeid synker med fallende sosioøkonomisk posisjon, men de ugunstige konsekvensene er alvorligere i Storbritannia enn i Sverige (Lindholm, Burström og Diderichsen, 2002; Burström et al., 2003).

Personer i høyere sosioøkonomiske grupper som opplever helseproblemer, har ofte bedre sjanse til å beholde jobben sin enn de i lavere sosioøkonomiske grupper med lignende helseproblemer (Lindholm, Burström og Diderichsen, 2002). Risikoen for å miste arbeidsinntekt står derfor sannsynligvis i omvendt forhold til begynnerlønnen. Risikoen for å pådra seg økonomisk stress og fattigdomsrelaterte sykdommer øker ytterligere i de lave sosioøkonomiske gruppene, særlig i land med utilstrekkelig økonomiske sikkerhetsnett for dem som ikke kan arbeide på grunn av dårlig helse.

Politiske grep overfor denne typen utfordringer omfatter forbedrede økonomiske støttesystemer – for å redusere inntektstapet som følge av dårlig helse – og effektive atfærings- og opplæringsprogrammer (Diderichsen, 2002).

## Sjekkpunkter for determinanter for helseforskjeller

Her følger noen råd til forskere og politikere.

- Det er et presserende behov for mer forskning for å øke kunnskapen om nøyaktig hvilke mekanismer som gjør at helsedeterminanter fører til helseforskjeller.
- Det er særlig viktig å se på hvor stor sammenheng det er mellom sosiale forskjeller i levestandard og psykososiale helsedeterminanter, som i sin tur – via for eksempel kronisk stress – fører til sykdommer og helseproblemer.
- Det bør gis høy prioritet til forskning som fokuserer på synergieffektene av forskjellige risikofaktorer – særlig blant lavinntektsgrupper. Longitudinelle kohortstudier gjør det mulig å analysere determinanter for sosiale ulikheter i helse i et livsløpsperspektiv.
- Informasjon om de viktigste determinantene for sosial ulikhet i helse bør spres aktivt og bredt på et språk som er lett å forstå av mennesker uten faglig bakgrunn i epidemiologi eller folkehelse. Betydningen av å forstå forskjellen mellom helsedeterminanter for hele befolkningen og determinanter for sosiale ulikheter innad i befolkningen bør forklares og understrekes.
- Metoder for vurdering av helsekonsekvenser må utvikles videre for å fange opp positive og negative helsekonsekvenser etter alder, kjønn og sosial posisjon.
- I alle analyser av determinanter for sosiale helseforskjeller er det viktig å prøve å vurdere gjennomløpstiden – perioden mellom endring i eksponering og helseutfall – for ikke å gå glipp av viktige virkninger som følge av for kort tidsramme.
- Det er helt nødvendig med mer forskning, men man vet allerede nok til å sette i verk effektive tiltak. Selv uten perfekte data må det iverksettes forebyggende og beskyttende tiltak. Strategier for å redusere sosiale helseforskjeller er ikke annerledes enn andre økonomiske eller sosiale strategier, og bør baseres på den best mulige dokumentasjonen. Strategiene må også kunne endres etter hvert som man får mer erfaring og nye forskningsresultater legges frem.

# Del B:

## Mulige strategier og erfaringer

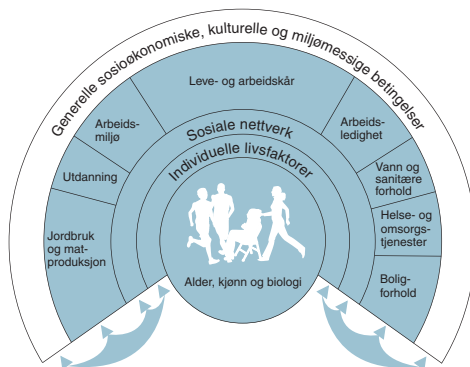
Så langt har rapporten behandlet de ulike veiene som fører til sosiale helseforskjeller, og nå presenteres noen forslag til politiske tiltak for å håndtere disse utfordringene. Det kan være nyttig å ta for seg hvert enkelt av påvirkningslagene i regnbuen på figur 1, for så i tur og orden se på virkningen på sosiale helseforskjeller. Deretter kan man ta lærdom av tidligere erfaringer som kan brukes for fremtidige tiltak. I de følgende fire avsnittene tar vi for oss de fire lagene i regnbuen på denne måten.

Det er umulig å fange opp alle viktige forskningsresultater om – og det arbeid som er gjort for å redusere – sosiale helseforskjeller siden begynnelsen av 1990-årene. Isteden er analysen i denne delen av rapporten ment å illustrere ulike tilnærminger og nåværende politiske valg som illustrerende eksempler.

### Lag 1. Det makropolitiske miljøet

Drivkreftene som genererer sosiale ulikheter i helse, er i stor utstrekning relatert til det makropolitiske miljøet i det ytterste laget i “regnbuen” på figuren. Dette miljøet omfatter nyliberale økonomiske vekststrategier, som har utvidet inntektsgapet og økt fattigdommen. Den økende globaliseringen av den nasjonale økonomien har re nasjonale styresmakter til å påvirke disse trendene.

Samtidig blir de store aktørenes innflytelse i finansmarkedene stadig viktigere – ikke bare på disse markedene, men også på den økonomiske og sosiale utviklingen generelt. Ifølge den britiske ukeavisen *The Economist* (2006):



*“Globaliseringen har også forskjøvet maktbalansen i arbeidsmarkedet til fordel for selskapene. Det gir selskapene tilgang til billig arbeidskraft i utlandet, og trusselen om at de vil flytte mer av produksjonen til utlandet, bidrar også til å holde lønningene nede på hjemmebane. Dette er en av grunnene til at reallønningene har falt i Tyskland i de siste to årene til tross for rekordoverskudd. Det har i sin tur redusert det innenlandske forbruket og dermed veksten i BNP [bruttonasjonalproduktet]. ... Med andre ord har de gamle båndene mellom bedriftenes og nasjonens økonomiske framgang blitt kuttet.”*

I et helseutjevningperspektiv krever denne situasjonen innsats for å styrke internasjonale organisasjoner og internasjonalt samarbeid, og man må finne ut hvordan den økonomiske politikken kan fremme utviklingen og redusere sosiale ulikheter.

Det mangler ofte vurderinger av effekten av generelle *oppstrøms* determinanter for sosiale og helsemessige ulikheter. Når denne problemstillingen skal vurderes, er det vanligvis effekten av virkemidler rettet mot spesifikke *nedstrøms* determinanter som står i sentrum. Derfor må det settes inn ekstra krefter for å identifisere, og når det er mulig, kvantifisere den effekten ulike strategier for økonomisk vekst, inntektsforskjeller og fattigdom har på helsen til ulike sosioøkonomiske grupper.

Det bør gis høy prioritet – slik WHO sin spesialenhet anbefaler – til forskning på de globale faktorene og prosessene som bidrar til rettferdig helse, eller som hindrer landene i å redusere helseforskjeller, eller begge deler (WHOs spesialenhet for prioritering av forskning på likhet i helse og WHOs likhetsteam, 2005).

## **I. Strategier for økonomisk vekst**

Det er et gjensidig forhold mellom økonomisk vekst og helse fordi økonomisk utvikling kan virke helsefremmende, og bedre helse kan fremme økonomisk vekst. Helselikhetsperspektivet har strategisk betydning i begge disse forholdene.

### **Økonomisk vekst som helsedeterminant**

I det lange løp bedres befolkningens helse i takt med den økonomiske utviklingen i et land. Denne trenden varierer imidlertid sterkt, og noen land på samme økonomiske utviklingsnivået oppnår svært ulike resultater i forventet levealder og barnedødelighet. Omvendt har noen land med lav bruttonasjonalinntekt (BNI) per person omtrent samme helsestatus som enkelte rike land (Sen, 2001). Bedre helse er derfor ikke noe automatisk biprodukt av økonomisk utvikling. Hvor mye den

økonomiske veksten bedrer helsen, avhenger i stor grad av det politiske valg av utviklingsmodell på lokalt, nasjonalt og internasjonalt plan.

Det bør derfor skilles klart mellom sunne og mindre sunne, eller sågar usunne, strategier for økonomisk vekst. De positive forbindelsene mellom økonomisk vekst og bedre helse blir hovedsakelig bestemt av i hvilken grad de økonomiske ressursene som skapes, hever levestandarden for lavinntektsgruppene og investeres i offentlige helse- og utdanningssystemer (Anand og Ravillion, 1993). Hvis den økonomiske veksten først og fremst øker inntektene til allerede velstående grupper mens de offentlige helsetjenestene får altfor små bevilgninger, blir de positive forbindelsene mellom økonomisk vekst og bedre helse svekket - eller til og med helt borte (Sen, 2001). Dette gjenspeiles i høy dødelighet og sykkelighet blant fattige grupper i svært rike land. USA – et av de rikeste landene i verden – er på 43. plass i verden når det gjelder spedbarnsdødelighet. Hvis dødeligheten hadde sunket til samme nivå som et annet rikt land, Singapore, har oppnådd, ville livet til 18 200 amerikanske barn vært reddet hvert år (CIA, 2006).

Denne diskrepansen finnes også i mange andre land. For eksempel var dødeligheten blant russiske menn for forskjellige sykdommer i 2005 vesentlig høyere enn i land med en lignende per capita-inntekt (Verdensbanken, 2005). Det faktum at den forventede levealderen har falt i Den russiske føderasjonen til tross for perioder med økonomisk vekst, indikerer at økonomisk vekst alene er utilstrekkelig i et utviklingsperspektiv.

Slike fakta tilsier at det er behov for et perspektiv der økonomisk vekst sees på som en ressurs for utvikling og ikke som et mål i seg selv (Sen, 2000). Dette perspektivet ser ut til å bli stadig viktigere, ikke minst blant forskere og politikere på folkehelsefeltet, for eksempel i følgende uttalelse: "Den egentlige hensikten bak økonomisk aktivitet er å øke den sosiale velferden, ikke nødvendigvis produksjonen av varer i seg selv" (Suhrccke et al., 2005). Mange nasjonale og internasjonale organisasjoner har sagt at det er en fare ved bare å se på økonomisk vekst som sådan. For eksempel har Oxfam – en internasjonal hjelpeorganisasjon med base i Storbritannia – uttalt at slike strategier ofte lider av to mangler. De er "anti-fattige" fordi de ikke tar hensyn til den viktige rollen inntektsfordeling har på mulighetene til å redusere fattigdommen, og de er "anti-vekst" fordi ekstrem ulikhet og den fattigdommen som forbindes med den, taper et produktivt potensial i stor målestokk" (Watkins 2000).

Den dominerende trenden er imidlertid fremdeles å fokusere på økonomiske vekstrater i seg selv istedenfor på resultatet i form av menneskelig utvikling, særlig blant fattige grupper. Det å privatisere offentlige tjenester og opphøye det frie markedet og konkurransen til altoverskyggende mål har økt denne trenden



ytterligere. På FNs sosiale toppmøte i 1995 beskrev Francois Mitterrand følgene av dette trange økonomiske vekstperspektivet (Mitterrand, 1995):

*“Vi har kommet til et punkt der våre samfunn har blitt et haleheng til økonomien. ... Skal vi tillate at verden omdannes til et globalt marked der spillereglene bestemmes av de mektigste, og der det eneste målet i samfunnet er å oppnå stort mulig profitt så raskt som mulig? Ønsker vi å leve i en verden der noen få timers spekulasjon ødelegger det arbeidet som ble utført av millioner av mennesker? Er vi i stand til å utvikle en internasjonal orden basert på framgang, særlig sosial framgang?”*

I stedet for å gjøre noe med de ovennevnte problemene betraktes økonomisk vekst og spørsmål om utjevning hver for seg. Talsmenn for dette standpunktet hevder at veksten først bør optimaliseres, og så kan man se på mulighetene for å omfordele de økonomiske ressursene som genereres. Denne strategien er feil siden mulighetene for å omfordele ressurser i realiteten er temmelig begrenset på dette stadiet.

Andre hevder at det er en avveining mellom økonomisk vekst og utjevning, og at reduksjoner i inntektsgapet mellom forskjellige grupper skader et lands økonomiske vekst. Harmonisering av skattene i EU betyr for eksempel ofte at skattene reduseres til den minste fellesnevneren, siden det antas at skatteøkninger vil svekke markedets effektivitet og dermed den økonomiske veksten. Det empiriske belegg for en slik påstand er svak eller finnes ikke i Europa, der land med mindre inntektsforskjeller, f.eks. de nordiske landene, har økonomiske vekstrater som er like høye eller høyere enn land med større inntektsforskjeller (World Economic Forum, 2005). Studier utført i Sverige viser også tydelig at det ikke er noe empirisk bevis for påstanden om at skattenivået i den svenske velferdsstaten skulle hatt noen målbar effekt på den økonomiske veksten i Sverige (Palme, 2004). Tvert imot har land med universelle velferdsordninger der det er mulig å opprettholde høye inntektsnivåer *for alle*, lavere fattigdomsrater og mindre inntektsforskjeller enn land med målrettede systemer og sikkerhetsnett bare for de fattige (Korpi og Palme, 1998). Dette er helt klart et forskningsfunn av stor betydning i et helseutjevningsspektiv.

## **Mulige strategier og tiltak som gir økonomisk vekst kombinert med utjevning**

- Legge til grunn en eksplisitt forståelse av økonomisk vekst som en kilde til menneskelig utvikling, og særlig blant underprivilegerede grupper.
- Utvikle *effektive økonomiske vekststrategier* som fremmer menneskelig utvikling

generelt og som spesielt reduserer fattigdom, forbedrer levekårene for underprivilegerte grupper og øker tilgangen til rimelig og god utdanning og helsetjenester. Omvendt bør *ineffektive økonomiske vekststrategier* defineres som strategier som øker fattigdommen og øker inntektsforskjellene, og som er forbundet med en politikk som reduserer tilgangen til helse og utdanning.

- Utvikle helsejusterte mål for BNI, der totalkostnadene for dårlig helse tas med i regnskapet (på samme måte som miljøkonsekvenser tas med ved beregning av en *grønn BNI*).
- Definere og måle utviklingen i form av en indeks for menneskelig utvikling, lik den som er utviklet av FNs utviklingsprogram (UNDP) (UNDP, 2005). Økonomisk vekst vil da bidra til å nå mål som FNs tusenårsmaal samt de utjevningsorienterte helsemålene som er definert i den europeiske strategien om helse for alle (WHOs regionkontor for Europa, 1999) og av nasjonale myndigheter.
- Stimulere til forskning på globale faktorer og prosesser som påvirker helseutjevning og definerer hva landene kan gjøre for å redusere helseforskjeller innenfor egne grenser, slik det anbefales av WHOs spesialenhet for prioritering av forskning på likhet i helse. For på den måten videreføre det politiske arbeidet for å utjevne helseforskjeller (WHOs spesialenhet for prioritering av forskning på likhet i helse og WHOs likhetsteam, 2005).

## **Bedre helse som determinant for økonomisk vekst**

Bedre helse er en viktig determinant for økonomisk vekst fordi den øker produktiviteten og tilgangen på arbeidskraft, forbedrer skoleprestasjonene og gir flere besparelser. Dette perspektivet, dvs. å se på bedre helse som en faktor som fremmer økonomisk vekst, styrkes ytterligere når man tenker på hva dårlig helse koster samfunnet og næringslivet. I Storbritannia for eksempel gikk i alt 35 millioner arbeidsdager tapt i 2004: 28 millioner av dem skyldtes arbeidsrelatert sykdom og ytterligere 7 millioner skyldtes skader på arbeidsplassen (det britiske helse- og sikkerhetsdirektoratet HSE, 2005). Dette kostet samfunnet mellom 13 og 22 milliarder pund, og det kostet de syke og skadde ansatte mellom 6,3 og 10 milliarder pund (det britiske helse- og sikkerhetsdirektoratet HSE, 2004).

En annet eksempel på betydningen av bedre helse i et økonomisk utviklingsperspektiv er Den russiske føderasjon, der en reduksjon av ikke-smittsomme sykdommer og ulykker til det samme nivå som rike vesteuropeiske landene, ville tilsvare en sosioøkonomisk gevinst på til sammen nesten 30% av Russlands BNP i 2002 (Verdensbanken, 2005).

Forholdet mellom bedre helse og økonomisk vekst – særlig i land med lave og midlere inntektsnivåer – har blitt undersøkt i dybden av Kommisjonen for

makroøkonomi og helse, som er nedsatt av WHO. En av de viktigste konklusjonene i den endelige rapporten var som følger: "Hver 10% økning i forventet levealder ved fødselen henger sammen med en økning i økonomisk vekst på minst 0,3 til 0,4 prosentpoeng per år hvis andre vekstfaktorer holdes konstant" (WHO, 2001).

Samtidig som det er viktig å forstå at bedre helse fremmer økonomisk vekst, må det understrekes at helse er et mål i seg selv, der økonomiske gevinster kan betraktes som en positiv bivirkning. Hvis på den annen side menneskelig utvikling reduseres til å bli et verktøy for økonomisk vekst, er det fare for at investeringer i helse styres av hensynet til økonomisk vekst (Dahlgren, 1996). Det er da sannsynlig at helseproblemene til lavinntektsgrupper med svak tilknytning til arbeidsmarkedet blir sett på som mindre viktig enn helseproblemene til akademiske grupper, som oppfattes som økonomisk mer produktive. Denne markedsholdningen til helseutvikling må aldri få fotfeste i strategier for å utjevne helseforskjeller.

Strategier for å redusere sosiale ulikheter i helse gir imidlertid gode muligheter for å fremme økonomisk vekst. Grunnen er at man ved å bedre helsen til lavinntektsgruppene raskere enn helsen til høyinntektsgruppene kan redusere helsegapet. Faren for å diskriminere svakere, mindre produktive grupper blir dermed eliminert og erstattet av en særskilt innsats for å bedre helseforholdene for disse gruppene. Dette vil i denne sammenhengen være nyttig for både helse og økonomisk vekst. Strategier for å utjevne helseforskjeller bør derfor integreres i strategier for økonomisk vekst i land med både høye, midlere og lave inntektsnivåer i den europeiske regionen.

## II. Inntektsforskjeller og helse

### Inntektsforskjellenes betydning for helsen

Det har blitt stadig klarere både for forskere og politikere at forskjeller i inntekter og formue påvirker helsen. EUs kommissær for helse og matvaresikkerhet, Markos Kyprianou, understreket dette i sin tale på EUs toppmøte om helseforskjeller i oktober 2005 da han sa: "Med økende forskjeller i formue følger økende forskjeller i helse. Og forskjeller i befolkningens helse bidrar i sin tur til større forskjeller i formue" (Kyprianou, 2005).

Folk som bor i rike land med store inntektsforskjeller og stor relativ fattigdom, har gjerne en kortere forventet levealder og høyere spedbarnsdødelighet (Wilkinson, 1992; Wennemo, 1993; Hales et al., 1999). Sterke forbindelser mellom endringer i inntektsfordelingen og forventet levealder har også blitt funnet i Øst-Europa (Smith og Egge, 1996; Marmot og Bobak, 2000). Forskjellige regioner innen det samme landet har også denne forbindelsen. For eksempel øker forventet levealder både i

Italia og Den russiske føderasjonen med synkende inntektsforskjeller i regionene i de to landene (Walberg et al., 1998; De Vogli et al., 2005). I USA er det ikke de rikeste, men snarere de mest egalitære delstatene som har de friskeste innbyggerne (Kennedy, Kawachi og Prothrow-Stith, 1996; Kaplan et al., 1996).

Forklaringen på denne hyppig observerte sterke forbindelsen mellom befolkningens helse og forskjeller i inntektsnivå er omdiskutert (Wagstaff og van Doorslaer, 2000). Inntektsforskjeller kan påvirke helsen på flere forskjellige måter: via den økte fattigdomsbyrden, via psykososiale mekanismer og via politiske mekanismer.

**Via den økte fattigdomsbyrden.** I samfunn med store inntektsforskjeller er det gjerne en større prosentandel av befolkningen som lever i fattigdom, og det er fattigdom som har en negativ effekt på helsen. For eksempel viste en analyse av Luxembourg Income Study en sterk, positiv korrelasjon mellom inntektsforskjellene innen en nasjon, målt med Gini-indeksen, og andelen av barn som lever i fattigdom – det vil si at jo større inntektsforskjellene er, desto større er andelen av fattige barn (Raphael, 2001).

**Via psykososiale mekanismer.** Samfunn med store inntektsforskjeller genererer mer skadelig stress i hele befolkningen, men særlig hos dem som er lenger nede på den sosiale rangstigen. Dette er stress som skyldes større engstelse, utrygghet og mangel på kontroll over leve- og arbeidsvilkår. Økt psykologisk stress påvirker helsen både direkte og via risikopreget atferd (Marmot, 2004; Mackenbach, 2005; Wilkinson, 2005).

**Via politiske mekanismer.** Her påvirkes helsen av større inntektsforskjeller som følge av begrensede investeringer i offentlige helse- og utdanningstilbud, noe som har spesielt stor betydning for lavinntektsgrupper (Lynch et al., 2000). Mindre sosiale og økonomiske forskjeller øker mulighetene for å opprettholde og utvikle velferdsordninger som finansieres etter betalingsevne og brukes etter behov. Slike ordninger, som er basert på solidaritet og tillit, er av kritisk betydning for alle strategier for å redusere sosiale ulikheter i helse.

Dessuten er det sannsynlig at store inntektsforskjeller innen et land bidrar til økt risiko for vold mellom mennesker (Wilkinson, 2005). *Verdens helserapport 2002*, som handler om risikoreduksjon og helsefremmende tiltak, konkluderte også med at massiv dokumentasjon viser at store forskjeller sammenfaller med høye draps- og voldsrater blant de fattigste delene av befolkningen i industriland (WHO, 2002). Det som ser ut til å ha størst sammenheng med inntektsforskjeller, er dødsfall som skyldes vold, ulykker og alkohol, og dette gjelder i både øst- og vesteuropeiske land (McIsaac og Wilkinson, 1997; Walberg et al., 1998).

Den kombinerte effekten av disse mekanismene gjør inntektsforskjeller til et viktig politisk spørsmål i et helseutjevningssperspektiv. Dessuten erkjennes det i stadig

større grad at reduksjon av inntektsforskjeller sammen med økonomisk vekst fører til at fattigdommen forsvinner raskere (World Bank, 2006). Med tanke på at fattigdom er en viktig determinant for dårlig helse i Europa, er det viktig å forstå at det har positiv helseeffekt å redusere de store inntektsforskjellene.

## Mulige strategier og tiltak som kan redusere inntektsforskjellene

Reduksjon av inntektsforskjeller kan innebære følgende politiske veivalg.

- Innse at det er mulig å gjøre noe med inntektsforskjellene i et samfunn. Inntektsforskjellene i de 52 landene i WHO's europeiske region, målt som forholdet mellom de samlede inntektene til de rikeste 10%, og inntektene til de fattigste 10%, varierte mye i 2002, fra 5,2 i Den tsjekkiske republikk til 15,0 i Portugal (WHO regionkontor for Europa, 2005a). Disse store forskjellene i den europeiske regionen viser at nivået ikke er det samme overalt, og at de laveste nivåene kan være en målestokk for det som kan oppnås i Europa.
- Beskrive nåværende og framtidige muligheter til å redusere sosiale ulikheter i inntekt gjennom kontanttilskudd, skattesystemet og subsidierte offentlige tjenester. Størrelsen på disse overføringene kan illustreres med følgende eksempel fra Storbritannia i 2002 (Summerfield, 2005): "Før omfordeling tjener den høyeste inntektskvintilen 15 ganger mer enn den laveste inntektskvintilen. Etter omfordeling av regjeringens kontanttilskudd er dette forholdet redusert til 6 til 1, og etter direkte og lokale skatter går forholdet ytterligere ned til 5 til 1. Og etter justering for indirekte skatter og bruk av visse gratis offentlige tjenester, f.eks. helse og utdanning, vil den høyeste inntektskvintilen ha en sluttinntekt som er 4 ganger så høy som den laveste inntektskvintilen."
- Identifisere og motvirke politikk og virkemidler som øker ulikhetene i inntekt og formue.
- Styre *markedets usynlige hånd* med politikkenes *synlige hånd* og satse på likhetsorienterte og arbeidsintensive vekststrategier. En sterk arbeiderbevegelse er viktig for å fremme en slik politikk, og dette bør kombineres med en bred offentlig debatt med sterke bånd til de demokratiske og politiske organene i samfunnet. Innen denne politiske rammen bør følgende spesielle tiltak iverksettes.
- Beholde eller styrke den aktive lønnspolitikken der det settes i verk spesielle tiltak for å sikre jobber med adekvat lønn for dem som står svakest på arbeidsmarkedet. Sikre et minstelønnsnivå via avtaler eller lovgivning som er adekvat og som eliminerer faren for å få en befolkning av underbetalte arbeidere.
- Innføre eller beholde progressiv beskatning både når det gjelder inntekt og

forskjellige fradragsordninger slik at forskjellene i nettoinntekt blir mindre etter skatt.

- Intensivere arbeidet med å fjerne kjønnsforskjellene i inntekt ved å sikre lik lønn for likt arbeid – uansett kjønn. Noen kjønnsforskjeller i inntekt oppstår også når yrker som er typisk *mannlige*, har bedre lønn enn yrker som betraktes som *kvinnelige* fordi det er så mange kvinner i dem. Disse forskjellene må det også gjøres noe med.
- Øke eller opprettholde den offentlige finansieringen av helse, utdanning og kollektivtransport. Disse tjenestene har stor fordelings effekt – særlig når det gjelder helse – i universalistiske systemer som blir finansiert etter betalingsevne og brukt etter behov.
- Sette nasjonale mål for å redusere inntektsforskjellene.
- Overvåke størrelsen på og endringene i inntekts- og formuesforskjeller på samme måte som alle andre viktige helsedeterminanter blant underprivilegerede grupper.

### III. Fattigdom og helse

Fattigdom vil i stor grad begrense mulighetene til å leve et sunt liv, og i noen europeiske land er den fremdeles en vesentlig årsak til dårlig helse (generelt) og til sosiale ulikheter i helse (spesielt). Dårlig helse kan også være en vesentlig årsak til utarming fordi den er en så stor belastning på familieøkonomien at det kan føre familier og enkeltpersoner ut i fattigdom. Omvendt kan bedre helse være en forutsetning for å få muligheter til utdanning og økte inntekter. Opplæring og start av små firmaer øker for eksempel mulighetene for å jobbe seg ut av fattigdommen, men dårlig helse er et hinder for å benytte seg av denne muligheten. Disse tre forskjellige forbindelsene mellom fattigdom og helse – fattigdom som årsak til dårlig helse, dårlig helse som årsak til fattigdom og bedre helse som vei ut av fattigdommen – beskrives i korte trekk under, sammen med noen politiske alternativer for å integrere strategier for å utjevne helseforskjeller i mer omfattende strategier for å redusere fattigdom.

#### Fattigdom som årsak til dårlig helse

I et historisk og globalt perspektiv har fattigdom vært den viktigste direkte og indirekte årsaken til dårlig helse og sosiale helseforskjeller. De fattige har ikke råd til å leve et sunt liv og kan bli tvunget til å godta helseskadelige jobber. Denne negative effekten av fattigdom på helse øker med en mer markedsorientert politikk på viktige tjenesteområder som helse, utdanning, boliger, elektrisitet, vann og kollektivtransport. De fattige har ikke råd til å betale økte egenandeler eller markedspris for disse tjenestene.

Konsekvensene av fattigdom er ujevnt fordelt i samfunnet og styrker ytterligere de negative effektene av fattigdom på helse, fordi økt fattigdom henger sammen med økt sårbarhet. Synergieffektene – det vil si at de fattige er utsatt for mange risikofaktorer samtidig som påvirker og forsterker hverandre – bidrar til økende helseforskjeller. Stor økonomisk belastning, dårlige boliger, høy arbeidsledighet, begrenset tilgang til viktige helsetjenester og en strukturelt betinget usunn livsstil virker sammen og øker effekten på helsen til utsatte grupper. Helsekonsekvenser av fattigdom er blitt kvantifisert ved at man har beregnet antall liv som kunne vært spart ved å hindre fattigdom. I Storbritannia har det blitt beregnet at man ved å utrydde barnefattigdom hvert år kan redde livet til 1400 barn under 15 år (Williams, 2004).

Til tross for at fattigdom er “den fremste dødsårsaken i verden og hovedårsaken til dårlig helse og lidelse” (WHO, 1995), blir den sjelden nevnt som årsak til alvorlige sykdommer. Fattigdom som årsak til dårlig helse blir til og med marginalisert i WHO's *Internasjonal klassifisering av sykdommer*, der den er oppført nesten nederst på listen, og gis koden Z.59.5 (WHO, 1995). Istedenfor at man sier det eksplisitt, er det en tendens til å skjule forbindelsene mellom fattigdom og dårlig helse ved å bruke villedende terminologi. Fattigdomsrelaterte sykdommer i fattige land blir ofte omtalt som *tropiske sykdommer* selv om mange av disse var vanlige sykdommer i det kalde klimaet i de nordeuropeiske landene da de var fattige. I en europeisk kontekst er det like villedende når det stadig snakkes om at hjerte-karsykdommer og diabetes er *velstandssykdommer* når de som lever i størst velstand i et land, er de som har lavest risiko for å få disse sykdommene. Sykdommer som direkte eller indirekte forårsakes av absolutt eller relativ fattigdom, bør isteden omtales som *fattigdomsrelaterte sykdommer*.

Fenomenet med overdødelighet om vinteren har vært årsak til økende bekymring i Europa. En studie i 14 EU-land viste at overdødeligheten om vinteren var høyest i Irland, Storbritannia og Sør-Europa mens de skandinaviske og de andre nordeuropeiske landene var relativt upåvirket av problemet. Dårlig isolerte hus, fattigdom og for lite penger til oppvarming var sterkt relatert til overdødelighet om vinteren (Healy, 2003). Storbritannia har det høyest antall unødvendige vinterdødsfall i Vest-Europa med en overdødelighet på ca. 37 000 hver vinter. Dette er delvis fordi folk ikke har råd til å varme opp huset sitt og delvis på grunn av den lave termiske virkningsgraden i britiske hus (Healy, 2003). Sannsynligvis er problemet enda større i mellom- og østeuropeiske land og SUS, der høye fattigdomsnivåer går hand i hand med lavere vintertemperaturer.

Strategier for å redusere fattigdom – uten eksplisitt henvisning til helseutfall – har i det siste fått fornyet oppmerksomhet i Europa. For eksempel er det utarbeidet nasjonale handlingsplaner mot fattigdom og sosial ekskludering i alle de 25 EU-landene (Judge et al., 2005). Men WHO og organisasjonens europeiske kontor

for investeringer i helse og utvikling har i økende grad erkjent hvor viktig det er å bekjempe fattigdommen i et helseutjevningperspektiv – for eksempel i rapporten *Helsesystemer møter fattigdom* (Ziglio et al., 2003).

Selv om fattigdommen har flere dimensjoner, blir den ofte målt etter inntekt. Fattigdomsgrensen i et land kan defineres som en absolutt eller relativ verdi.

**Absolutt fattigdom** blir vanligvis definert som utilstrekkelige økonomiske ressurser til å overleve fysisk. Definisjonen av nasjonale fattigdomsgrenser som absolutt verdi varierer fra land til land og vanskeliggjør internasjonale sammenligninger. Dessuten setter noen land den absolutte fattigdomsgrensen svært lavt for å redusere den offisielle utbredelsen av fattigdom i befolkningen. Verdensbanken brukte en fattigdomsgrense på 2,15 dollar per dag for å analysere utbredelsen av absolutt fattigdom i Øst-Europa og det tidligere Sovjetunionen i 2003. Etter denne definisjonen har de nye medlemsstatene i EU – Tsjekkia, Estland, Ungarn, Latvia, Litauen, Polen, Slovakia og Slovenia, men ikke Kypros og Malta – lite fattigdom (under 5%), landene i Sørøst-Europa har mellom 5% og 20%, og det samme gjelder landene med midlere inntekt i SUS. Lavinntektslandene i SUS har imidlertid ekstremt høye nivåer av absolutt fattigdom – over 40%. I den mest ekstreme enden av spekteret er Tadsjikistan, der over 70% av befolkningen lever på under 2,15 dollar om dagen. I regionen som helhet lever over 60 millioner mennesker i *absolutt* fattigdom (Alam et al., 2005).

**Relativ fattigdom** defineres i forhold til resten av samfunnet. I EU defineres fattigdom som det å leve på under 60% av den nasjonale gjennomsnittsinntekten. Etter denne definisjonen står ca. 60 millioner mennesker i de 15 landene som tilhørte EU før 1. mai 2004 (18% av den samlede befolkningen), i fare for å bli offer for *relativ* fattigdom og sosial ekskludering. Andelen av befolkningen i EU-landene som lever i relativ fattigdom, varierer fra under 10% til ca. 20% (Judge et al., 2005). I 2005 var andelen barn som bodde i husholdninger som tjente under 60% av den nasjonale gjennomsnittsinntekten ca. 20% for de 15 landene som tilhørte EU før 1. mai 2004. Det er imidlertid store forskjeller selv blant disse høyinntektslandene. I Danmark bodde for eksempel 7% av barna i fattige husholdninger (Diderichsen, 2006). England hadde på den annen side en stor andel fattige barn, faktisk nesten 30%. I 1999 ble det satt opp et viktig helsemål der hensikten var å halvere fattigdom blant barn i løpet av 10 år og avskaffe den innen 2020. Man har beveget seg mot dette målet siden prosentandelen av barn som lever i fattige husholdninger, falt fra 24% til 20% mellom 1998/1999 og 2003/2004 (det britiske helsedepartementet, 2005).

Selv om den relative fattigdommen i Europa har ligget på et lavt nivå sammenlignet med resten av verden, vokste den raskere i Europa og Sentral-Asia fra 1990 til 1998 enn noe annet sted i verden. Siden da har den avtatt noe (Alam et al., 2005).

*Dyr oppvarming* av boligen har framstått som et alvorlig sosialt problem i Europa



siden oljekrisen og økningen i energiprisene midt på 1970-tallet. Flere og flere mennesker har store problemer med å betale for den energien de trenger for å varme opp hjemmet sitt. En person som bruker mer enn 10% av inntekten på å holde seg varm, kan sies å lide av fyringsfattigdom. Denne definisjonen omfatter én million husholdninger i England 2002, og ytterligere én million stod i fare for å bli omfattet av den (DTI, 2004). Alvoret i situasjonen førte til opprettelsen av United Kingdom Fuel Poverty Strategy (det vil si en strategi for å hjelpe dem som ikke hadde råd til å varme opp huset sitt, Det britiske handels- og industridepartementet DTI, 2001). Trendene i energiprisene gir en antydning om at dyr oppvarming vil bli et økende problem over hele Europa i framtiden og ikke være begrenset til bare noen få land.

Begrepet relativ fattigdom omfatter ikke bare begrensede økonomiske ressurser, men kan også omfatte opplevelsen av manglende evne til å delta i eller utestengelse fra det normale samfunnslivet. (Townsend, 1979).

Det er viktig å vurdere dybden og ikke bare omfanget av fattigdommen – det såkalte fattigdomsgapet – blant dem som er under fattigdomsgrensen. Dette er spesielt viktig i en analyse av fattigdom som determinant for dårlig helse og premature dødsfall, for jo dypere fattigdommen er, desto verre er de negative helseeffektene (Chien et al., 2002).

## **Mulige strategier og tiltak for å fjerne fattigdom som årsak til dårlig helse**

Det ligger utenfor denne rapportens rammer å beskrive alle former for økonomisk og sosial politikk og alle slags tiltak innen lokale, nasjonale og internasjonale strategier for å redusere fattigdom. Denne rapporten er primært begrenset til de gjensidige båndene mellom fattigdom og dårlig helse samt enkelte viktige politiske tiltak i den sammenheng. Følgende politiske handlingsalternativer bør tas i betraktning i dette perspektivet.

- Utarbeide og forsterke omfattende strategier for å redusere fattigdom generelt og langtidsfattigdom spesielt ved å studere de mange sammenhengene mellom fattigdom og helse. Som beskrevet under kan for eksempel fattigdom reduseres ved å investere i helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak ved hjelp av rettfærdige finansieringsordninger i helseomsorgen og ved å gi folk tilgang til nødvendige helsetjenester etter behov, uavhengig av betalingssevne.
- Arbeide for likhet mellom kjønnene særlig med tanke på de som er utsatt for den dobbelte byrden ved å bli diskriminert både på grunn av kjønn og lav sosial posisjon.

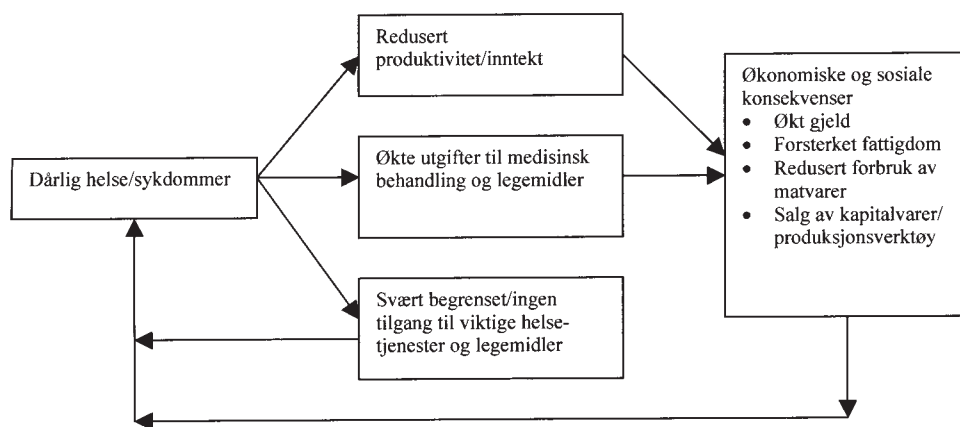
- Redusere barnefattigdommen ved å gi høy prioritet til tidlig medisinsk, sosial og utdanningsrelatert støtte til underprivilegerte barn og ved økonomisk støtte og hjelp til fattige familier og enslige forsørgere.
- Øke inntektene til fattige familier ved hjelp av:
  - utjevningsorientert økonomisk vekst og arbeidsmarkedspolitik
  - skattelette for familier med lav inntekt
  - minstelønn som reduserer faren for å havne i kategorien *underbetalte arbeidere*
  - å redusere/eliminere kjønnsesifikke inntektsforskjeller
  - aktive sysselsettingstiltak
  - å sikre eller utvide tilbudet om pass av barn eller førskolebarn, noe som øker foreldrenes muligheter til å skaffe seg inntekter ved arbeid utenfor hjemmet
  - voksenopplæring, bl.a. med livslang mulighet til å lære nye ferdigheter
  - sosialstønad for å sikre at alle familier har en høy nok inntekt å leve av, og
  - alderspensjon som sikrer en rimelig levestandard for lavinntekts- og økonomisk marginaliserte grupper
- Fjerne problemet med dyr boligoppvarming via tre typer tiltak:
  - sosialstønad for å øke inntektene i fattige husholdninger
  - tiltak for å øke den termiske virkningsgraden i boligene, særlig med tanke på lavinntektsfamilier og husholdninger i utsatt stilling
  - og tiltak for å regulere energiprisene og bedre energioptimeringen
- Erkjenne at mulighetene til å redusere fattigdommen i land med høyere og midlere inntekter i mindre grad er knyttet til økonomiske ressurser men mer til politisk vilje og grad av solidaritet og tillit i samfunnet som helhet. Der det er politisk vilje, der er det også muligheter. Den politiske viljen kan være rotfestet både i egeninteresse og i ren solidaritet. Med utgangspunkt i egeninteressen uttalte Amartya Sen følgende: *“Noen ganger lurer jeg på om det er mulig å gjøre fattigdom til en svært smittsom sykdom. Hvis det skulle skje, er jeg sikker på at den ville blitt utryddet forbausende raskt”* (Sen, 1995).

## Dårlig helse som årsak til fattigdom

Dårlig helse er i dag en vesentlig årsak til fattigdom i mange lavinntektsland, der familier får ekstremt begrenset støtte som erstatning for inntektstap på grunn av sykdom. Samtidig har de fattige vesentlig større utgifter fordi de må betale en stor del

av (eller alle) de medisinske kostnadene av egen lomme (Whitehead, Dahlgren og Evans, 2001).

Veien fra dårlig helse kan føre til redusert inntekt, økte kostnader for helsetjenester og legemidler samt til enkelte u hensiktsmessige overlevelsesstrategier, som illustrert i fig. 2. Betalingsevnen, særlig for behandling av kroniske sykdommer, må beregnes ut ifra reduksjonen i inntekt som følge av dårlig helse og begrenset eller ingen arbeidsevne. Store kontantutlegg reduserer også tilgangen til viktige helsetjenester. Dette kommer høyst sannsynlig til å øke de sosiale helseforskjellene ytterligere selv om det er vanskelig å kvantifisere helseeffekten av ikke å motta profesjonell hjelp etter behov i ulike sosioøkonomiske grupper. I et lengre tidsperspektiv kan begrensede økonomiske muligheter til og med øke betalingsbyrden for helsetjenester og dermed øke faren for å bli skjøvet ut i fattigdom. I sin tur kan denne økonomiske barrieren føre til at folk venter med å søke hjelp. Når en sykdom er blitt mer fremskreden og alvorligere, vil sannsynligvis behandlingen ikke bare bli vanskeligere enn på et tidligere stadium av sykdommen, men også dyrere, fordi den øker behovene for kontantutlegg og dermed også risikoen for økonomiske problemer og fattigdom.



**Fig. 2. Båndene mellom dårlig helse og fattigdom: en analytisk ramme**

Kilde: Dahlgren (2003a)

Historisk sett har det å bryte forbindelsen mellom dårlig helse og fattigdom vært en viktig integrert del av utviklingsprosessen i Europa. Forbindelsen har blitt svekket etter hvert som helseforsikringssystemene har blitt utviklet til å gi adekvat erstatning for inntektstap som følge av dårlig helse, og etter hvert som folk har fått offentlige helsetjenester gratis eller til en svært lav kostnad. De positive effektene av disse

reformene har vært bemerkelsesverdige i mange europeiske land, der dårlig helse ikke lenger er årsak til vesentlige økonomiske problemer og fattigdom.

Denne positive trenden, som har bidratt til helseutjevning, er nå langsomt i ferd med å snu i noen europeiske land, der de økonomiske stønadsordningene svekkes – for eksempel som følge av kravet om høyere egenandeler ved medisinsk behandling. Denne omleggingen fra offentlig til privat betaling for helsetjenester og legemidler har i de siste 10–15 årene vært typisk i mange land i Øst- og Sørøst-Europa. For eksempel har den prosentvise andelen av de samlede helseutgiftene som betales privat i Albania, økt fra 23% til 38% mellom 1995 og 2000. Samtidig har andelen av det samlede statsbudsjettet som går til helseomsorg, gått ned fra 7,6% til 6,7% (Walters og Suhrcke, 2005).

Man begynner nå å se de negative konsekvensene av privat finansiering, og dette har bidratt til at pendelen igjen svinger mot en større andel offentlig finansiering. I Den russiske føderasjonen for eksempel gikk den private finansieringen først opp fra 18,5% til 35,3% mellom 1995 og 1999 mens den ved utgangen av år 2000 hadde gått ned til 27,5% (WHO, 2002). Stor vekst i det offentlige helsebudsjettet i Den russiske føderasjonen den seneste tiden, vil sannsynligvis redusere denne andelen ytterligere. Imidlertid bør det gjennomføres en omfattende analyse av betalingsbyrden for helsetjenester og ulikhet i tilgangen til viktige helsetjenester i de forskjellige sosioøkonomiske gruppene, før det kan trekkes avgjørende konklusjoner av det som har skjedd.

Den langsiktige virkningen store medisinske utgiftene har på fattigdom ble oppsummert i sluttrapporten fra Kommisjonen om makroøkonomi og helse, i regi av WHO (2001):

*“De økonomiske konsekvensene av en sykdom på den enkelte husholdningen kan forverres hvis kostnadene ved å behandle den gjør at husholdningen må bruke så mye av ressursene sine på helsetjenester at den bruker opp midlene og setter seg i gjeld. Dette kan kaste en husholdning ut i fattigdom som den ikke kan komme ut av, og som har følger for velferden til alle medlemmene og ofte til slektningene også. ... Denne utarming av produktive ressurser kan resultere i en fattigdomsfelle (dvs. vedvarende fattigdom) for husholdningen også etter at den akutte sykdommen er kurert, siden fattige husholdninger får store vanskeligheter med å refinansiere de produktive aktivitetene sine. ... Fattigdommen kan i sin tur også forsterke den opprinnelige sykdomstilstanden.”*

Forbindelsen mellom dårlig helse og alvorlige økonomiske konsekvenser, blant annet fattigdom, er blitt tettere som følge av **HIV/AIDS**-epidemien, som har vært en vesentlig årsak til fattigdom i mange lavinntektsland (WHO, 2002). På bakgrunn av

dette og ut fra et fattigdomsperspektiv, er det alarmerende at antallet nye tilfeller av HIV/AIDS i Øst-Europa øker raskere enn de fleste andre steder i verden (WHO, 2002).

## Mulige strategier og tiltak for å håndtere den medisinske fattigdomsfellen

- Intensivere helsefremmende og forebyggende tiltak – særlig blant de sosioøkonomiske gruppene som er mest utsatt.
- Overvåke fordelingseffekten av offentlig og privat finansiering på helse- og omsorgstjenester, daghjem, skolemåltider, tjenester for eldre og andre viktige velferdstjenester. Denne type analyse bør bli obligatorisk, og det bør diskuteres om den skal bli en del av den politiske demokratiske prosessen ved større endringer i finansieringen av slike tjenester.
- Opprettholde eller utvikle det offentlige trygdesystemet som kompenserer for inntektstap som følge av dårlig helse. Nivået på denne kompensasjonen – vanligvis en viss prosentdel av de såkalte normale inntektene – må være høyt nok til å sikre at lavinntektsfamilier har råd til å leve et sunt liv.
- Arbeide for og til slutt sikre et nivå på den offentlige finansieringen av helsetjenestene via skatter eller offentlige trygdeordninger som reduserer faren for å bli fattig som følge av høye medisinske utgifter, og gjør det mulig for hele befolkningen å få tilgang til god helseomsorg uavhengig av betalingsevne.
- Subsidiere viktige medisiner. En stor del av familiens samlede helseutgifter er kontantutlegg til legemidler. Disse utgiftene kan reduseres ved å foreskrive billigere, men like effektive, kopimedisiner, ved å regulere legemiddelmarkedet og ved å sette et økonomisk tak på privat betaling for reseptmedisiner per år. Hvis utgiftsgrensen overskrides, blir medisinerne delvis eller helt betalt av det offentlige.
- Gi råd om familieøkonomi, herunder rådgivning for enkeltpersoner og familier som sitter i gjeldsfelle.
- Bekjempe korrupsjon. Uformell betaling (dvs. betaling under bordet) for offentlige helsetjenester utgjør en stor betalingsbyrde for mange lavinntektspasienter – særlig i noen land i Mellom- og Øst-Europa og SUS. Slik betaling både øker risikoen for å bli fanget i den medisinske fattigdomsfellen og undergraver muligheten for å beholde og utvikle de offentlige helse- og omsorgstjenestene. En utvidelse av de obligatoriske helseforsikringsordningene vil sannsynligvis redusere den uformelle betalingen dersom dette knyttes til arbeidet med å informere pasientene om de rettighetene de har til gratis eller nesten gratis helse- og omsorgstjenester.. Økte lønninger til de ofte ekstremt dårlig betalte

helsearbeiderne sammen med strenge regler og kontroll av uformell betaling er også et viktig politisk tiltak som bør vurderes i kampen mot korrupsjon.

- Framgangen i arbeidet med å fjerne den medisinske fattigdomsfellen og svekke andre forbindelser mellom dårlig helse og fattigdom bør overvåkes nøye og være en integrert del av både strategier for å redusere fattigdom og reformer i helsesektoren. Dette er særlig viktig i land med et begrenset sosialt eller økonomisk sikkerhetsnett (eller begge deler) og kommersialiserte helse- og omsorgstjenester med høy egenandel. Med tanke på at europeiske land har svært ulike utgangspunkt og svært forskjellige økonomiske og andre ressurser, blir hovedutfordringen å overvåke retningen på endringene.

## **Bedre helse som vei ut av fattigdom**

Folk som lever i fattigdom er mer plaget av sykdom. Dette er en stor barriere for dem og kan til og med gjøre det vanskelig å høste fordelene av økonomiske reformer som nettopp var ment å gagne de fattige. Arbeidet med å bedre helsen for fattige husholdninger er derfor særdeles viktig for å bryte den onde sirkelen av fattigdom og dårlig helse. Bedre helse kan gjøre det mulig å gripe mulighetene som skapes i en dynamisk utviklingsprosess. Dette øker mulighetene for at de fattige selv kan arbeide seg ut av fattigdommen (Chien et al., 2002).

Disse båndene mellom bedre helse og flere muligheter til å bryte den onde sirkelen av fattigdom og dårlig helse på husholdningsnivå, eksisterer fra fødsel til alderdom. Barn i fattige familier med friske foreldre vil sannsynligvis få en bedre start i livet enn barn av fattige foreldre som får psykiske problemer eller alkoholrelaterte sykdommer. I tillegg har fattige barn som er friske, større sjanse til å få bedre resultater på skolen enn fattige barn som er syke. Dessuten har fattige, men friske, unge mennesker bedre sjanse til å finne seg arbeid etter skolen enn fattige og syke og så videre. Friske mennesker kan produsere mer og er mer produktive enn kronisk syke mennesker, og de er mindre sårbare for ytre økonomiske rystelser.

De positive båndene mellom bedre helse i lavinntektsgruppene og redusert fattigdom gjør det enda viktigere å investere i helsetiltak som spesielt treffer dem som lever på eller under fattigdomsgrensen. Strategier for å redusere fattigdom som mangler dette helseaspektet er sannsynligvis langt mindre effektive. Dårlig helse som kan unngås, selv i fattige samfunn, begrenser de positive virkningene av annet arbeid for å redusere fattigdom. Det å redusere fattigdommen og arbeide for å redusere sosiale ulikheter i helse har derfor en gjensidig gunstig effekt og bør stå i sentrum for all sosial- og økonomipolitisk utvikling.

## Mulige strategier og tiltak for helsefremmende tiltak som vei ut av fattigdom

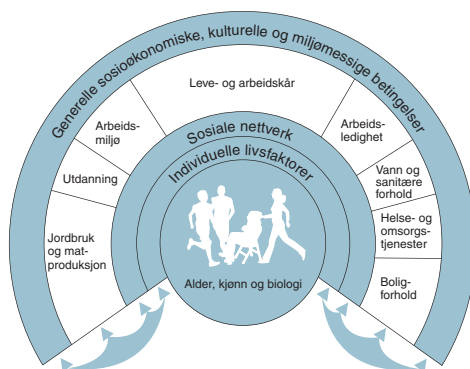
En satsing på helsefremmende tiltak som vei ut av fattigdom kan omfatte følgende politiske handlingsmuligheter:

- La investeringer i helsefremmende tiltak for dem som lever i fattigdom, være kjernen i alle strategier for å redusere fattigdom. Det bør da iverksettes spesialtiltak for å redusere kroniske og invalidiserende sykdommer, som vanligvis har de mest alvorlige økonomiske følgene for de fattige og de som lever nær fattigdomsgrensen.
- Utvikle og ta i bruk strategier for å redusere sosiale helseforskjeller som en del av mer omfattende strategier for å bedre helsen og forebygge sykdommer. Selv om fattigdom er en viktig determinant for dårlig helse, finnes det muligheter for å bedre helsen til tross for utbredt fattigdom, noe land som Vietnam og Sri Lanka har vist tydelig (Chien et al., 2002).

## Lag 2: Sektorovergripende tiltak for å redusere helseforskjeller

Utviklingen i Europa har i løpet av mange tiår vist hvordan befolkningens helse kan bedres med forbedringer i leve- og arbeidsvilkår, matvareforsyning og tilgang til viktige goder som utdanning og helse – og omsorgstjenester. Tiltak

innenfor dette laget av determinanter er svært viktig for å redusere sosiale og regionale helse ulikheter i Europa. Utviklingen i Europa har vist hvordan befolkningens helse kan bedres med forbedringer i leve- og arbeidsvilkår, matvareforsyning og tilgang til viktige goder som utdanning og helse – og omsorgstjenester. Tiltak innenfor dette laget av determinanter er svært viktig for å redusere sosiale og regionale helse ulikheter i Europa. Utviklingen i Europa har vist hvordan befolkningens helse kan bedres med forbedringer i leve- og arbeidsvilkår, matvareforsyning og tilgang til viktige goder som utdanning og helse – og omsorgstjenester. Tiltak innenfor dette laget av determinanter er svært viktig for å redusere sosiale og regionale helse ulikheter i Europa.



## I. Utdanning

### Generell helseeffekt

Undersøkelser over hele Europa har vist at det er tett forbindelse mellom utdanning og helse: Jo lavere utdanningsnivået er, desto dårligere er helsestatusen som voksen og omvendt (Cavelaars, Kunst og Geurts, 1998). Det kan være en direkte vei mellom bedre utdanning og bedre helse – større kunnskap om helse kan hjelpe folk til å bedre egen helse og unngå helsefarer, blant annet risikopreget atferd. Veien kan også være indirekte – via påvirkning fra den slags arbeid som utdannede personer kan få, de større inntektene de kan skaffe seg, og det lavere stressnivået som de er utsatt for som følge av den privilegerte stillingen de er i. I 2004 varierte andelen av befolkningen mellom 25 og 64 år med lavt utdanningsnivå i EU-landene fra 12% til 75% (Judge et al., 2005).

### Effekt på helseulikheter

Utdanning og skoleprestasjoner er ikke likt fordelt i samfunnet. Ofte har mennesker som lever under vanskelige forhold, både dårligere skoleprestasjoner og mindre tilgang til utdanning av god kvalitet.

Disse bratte utdanningsgradientene er en tragedie, også i et helseperspektiv, fordi et velfungerende utdanningssystem har stort potensial for å bedre helsen (generelt) og redusere sosiale helseulikheter (spesielt), som forklart under.



**Utdanning har tradisjonelt vært en viktig vei ut av fattigdommen** for underprivilegerte grupper i mange land. Generelt vil kvalifikasjoner gi folk større sjanse til å få en jobb og bedre lønnsutsikter, og dermed øke deres levestandard. Dette i sin tur styrker mulighetene til å skaffe seg de forutsetningene som gir god helse – næringsrik mat, sikre boliger, et godt arbeidsmiljø og deltakelse i samfunnet.

**Utdanning har også vært en kanal for sosial mobilitet** slik at folk har kunnet bedre sin sosioøkonomiske posisjon i samfunnet. I beste fall kan den påvirke størrelsen på det sosiale skillet, bedre den sosiale samhørigheten ved å utjevne inntekt og sosiale forhold i befolkningen og føre til bedre forståelse mellom gruppene.

**Økt kontroll over eget liv er et viktig resultat av utdanning:** Den rollen som utdanning spiller når det gjelder deltakelse i samfunnet og i den demokratiske prosessen generelt, bør ikke undervurderes. Det å gi mer makt til de maktesløse slik at de får mer kontroll over eget liv, er noe av det viktigste ved å redusere sosiale ulikheter i helse. I et menneskerettighetsperspektiv har utdanningssystemet et ansvar for å sikre at alle borgere, helt fra de unge, kjenner sine demokratiske retter og plikter.

**Utdanningssystemet spiller en viktig rolle i å forberede barna for livet.** Utdanning gir dem de kunnskapene og ferdighetene de trenger for å nå sitt fulle helsepotensial – sosialt, emosjonelt og fysisk.

## Mulige strategier og tiltak for å fremme rettferdig helse via utdanningssystemet

- Det å fremme rettferdig helse via utdanningssystemet omfatter følgende politiske valg.
- Identifisere og redusere økonomiske, sosiale og andre barrierer som hindrer tilgang til utdanning på alle nivåer, og sikre livslang læring for å øke tilgangen til utdanning og opplæring for underprivilegerte grupper.
- Innføre omfattende støtteprogrammer for barn i mindre privilegerte familier for å stimulere deres utvikling før de begynner på skolen. Det er ofte nødvendig med støttetiltak dersom barn fra lavinntektsfamilier skal få de samme sjansene som andre barn når de begynner på skolen. Randomiserte kontrollerte undersøkelser av barnehager med god kvalitet beregnet for lavinntektsbarn under 5 år i USA har vist forbedringer i skoleprestasjoner for de barna som er i slike barnehager (og noen studier har også vist at mødrene til barnehagebarna hadde nytte av dette ved at de skaffet seg bedre utdanning og arbeid) (Zoritch, Roberts og Oakley, 2005). Det er påvist at noen av disse programmene gir langsiktige fordeler, blant

annet større sannsynlighet for å fortsette på skolen, få en jobb, tjene mer og redusere antall svangerskap blant tenåringer. Suksessen til slike programmer har stimulert til lignende initiativer i andre land, f.eks. Sure Start i Storbritannia, et program som skal gi barna en bedre start (Whitehead et al., 2004).

- Arbeide for å redusere sosial segregering i skolesystemet. Dette krever politiske tiltak for å redusere sosial segregering mellom forskjellige boligområder og dessuten spesifikke tiltak i utdanningssektoren for å styrke det offentlige skolesystemet.
- Påse at skoler i mindre privilegerte områder mottar ekstra ressurser for å dekke det økte behovet for ekstra støtte til barn fra lavinntektsfamilier og fattige familier.
- Gi ekstra støtte til studenter fra mindre privilegerte familier. Målet bør være at skoleprestasjoner ikke skal variere som følge av sosioøkonomisk bakgrunn.
- Hindre at barn avbryter skole og opplæring før de er ferdige, ved å sette inn tiltak og støtte på et tidlig tidspunkt.
- Gi ekstra støtte i overgangen fra skole til arbeid – særlig til dem som står svakt på arbeidsmarkedet.
- Utvikle og sikre omfattende voksenopplæringsprogrammer for folk med svært begrenset grunnutdanning eller yrkesopplæring.
- Beholde og utvikle programmer for helsefremmende skoler med vekt på likhet. I tillegg til de politiske valgene for enkeltskoler som er beskrevet over, kan dette omfatte:
  - økt oppmerksomhet om (og tiltak rettet mot) det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet på skolene, der et sunt arbeidsmiljø får minst like stor oppmerksomhet og ressurser som ethvert annet arbeidsmiljø
  - gratis, sunn skolelunsj
  - fremme av fysiske aktiviteter som også kan appellere til overvektige barn, og som fremmer sunne vaner som daglig mosjon for resten av livet
  - bedre opplæring om ernæring og matlaging
  - helseopplæring som tar hensyn til at det kan kreves spesiell innsats og tilnærming for å nå fram til de mest utsatte gruppene
  - opplæring av lærere for å sette dem i stand til å gjenkjenne og reagere på tidlige faresignaler, f.eks. svært tidlig røykedebut – dvs. i 9–10-årsalderen – noe som man vet har sterk sammenheng med framtidig misbruk av alkohol og narkotika
  - likhetsorienterte skadeforbyggingsprogrammer, der elever, lærere og foreldre er engasjert i å legge til rette for en sikker skole (blant annet sikker transport og sikre gangveier til skolen) (Dahlgren, 1997).

## II. Arbeidsmiljø

### Generell helseeffekt

Helsefarer på jobben er fremdeles en vesentlig determinant for dårlig helse og skader selv om det nå gjøres store framskritt i retning av sunnere arbeidsplasser i mange europeiske land. I 1990-årene for eksempel var jobbrelaterte helseproblemer den fjerde største bidragsyteren til den totale sykdomsbyrden i de 15 landene som tilhørte EU før 1. mai 2004 (Diderichsen, Dahlgren og Vågerö, 1997). Andelen av den totale sykdomsbyrden forårsaket av jobbrelaterte risikofaktorer varierer imidlertid fra land til land. For de 15 landene som tilhørte EU før 1. mai 2004, var 3,6% av den totale sykdomsbyrden direkte relatert til arbeidsmiljøet mens det i Sverige bare var 2,2% (Diderichsen, Dahlgren og Vågerö, 1997). Dette indikerer at det fremdeles er store muligheter for å redusere jobbrelaterte helseproblemer og prematur død. Alvorlig risiko omfatter eksponering for kjemikalier, biologiske midler, fysiske faktorer, ugunstige ergonomiske forhold, allergener, forskjellige sikkerhetsrisikoer og flere psykososiale faktorer.

Psykososiale faktorer, f.eks. jobbrelatert stress, erkjennes i økende grad som et stort helseproblem. Mennesker med mindre kontroll over jobben sin har ofte høyere dødelighet (Bosma et al., 1997; Hemingway, Kuper og Marmot, 2003; Wilkinson, 2005). Studier i Øst-Europa har også vist at balansen på jobben mellom anstrengelse og belønning har en signifikant invers assosiasjon med selvrapportert helse og depresjon samt med alkoholforbruk (Pikhart et al., 2001; Walters og Suhrcke, 2005).

Omvendt kan det sosiale aspektet ved et arbeidsmiljø være en svært positiv helsedeterminant. For mange mennesker er følelsen av å gjøre noe nyttig sammen med kollegaene både helsebringende og noe av det viktigste i livet.

### Effekt på helseulikheter

Helsefarene på jobben er ofte relatert til den sosioøkonomiske bakgrunnen til dem som utfører arbeidet. Jo lavere den sosiale posisjonen er, desto høyere er risikoen for å ha en usunn jobb. Psykososiale faktorer relatert til organiseringen av arbeidet spiller en viktig rolle når man skal forklare sosioøkonomiske ulikheter i hjerte-karsykdommer (Mackenbach, 2005). Den britiske Whitehall-studien, som gjaldt undersøkelse av hjertesykdom hos statstjenestemenn, viste at liten innflytelse på beslutningsprosesser på arbeidsplassen kunne forklare ca. halvparten av den sosiale gradienten som ble observert ved hjerte-karsykdommer (Marmot et al., 1997a). Dessuten blir den negative virkningen av kjemikalier og andre jobbrelaterte helsefarer ofte forsterket av tobakksrøyk. I alle strategier for å redusere sosiale helseulikheter er det svært viktig å gjøre en betydelig innsats for å bedre arbeidsmiljøet generelt – og spesielt på de usunne arbeidsplassene.

## Mulige strategier og tiltak for bedre arbeidsvilkår

- Politiske tiltak bør omfatte lovgivning og tiltak som fjerner fysiske farer på jobben, bedrer de psykososiale forholdene, styrker mulighetene for å sikre en sunn arbeidsplass og utvikler arbeidsplassen som et sted for helsefremmende tiltak.
- Mange land har en lang og suksessrik tradisjon for å fjerne fysiske og kjemiske helsefarer i arbeidslivet men kan ennå vise til samme framgang når det gjelder psykososiale helsefarer. Det ligger utenfor omfanget av denne rapporten å presentere strategier for å redusere jobbrelaterte skader og jobbrelaterte helseproblemer. Eksemplene under er begrenset til viktige tiltak i et helseutjevningsspektiv.
- **For å fjerne fysiske helsefarer på jobben**
  - \* Styrke innsatsen for å redusere yrkesrelaterte helseproblemer, f.eks. ryggplager. Ryggplager og andre bevegelsesykdommer representerer store helseproblemer med en bratt sosial gradient. Tiltak mot faktorene som fører til disse problemene, innebærer fysiske tiltak som reduserer eller fjerner skadelige skyving, løfting og trekking, og opplæring av de ansatte i hvordan de skal håndtere helsefarlig arbeid og organisere arbeidsplassen på en annen måte (WHO, 2002).
- **For å bedre de psykososiale forholdene**
  - \* Øke mulighetene for de ansatte til å påvirke hvordan arbeidet skal utføres – særlig på arbeidsplasser som preges av usunt stress.
  - \* Analysere den totale arbeidsbelastningen på jobben og hjemme, og se på mulighetene til å innføre en mer fleksibel arbeidstid (uten å ty til utrygge korttidsansettelser), noe som gjør det lettere å unngå skadelig stress. Dette er særlig viktig for lavinntektsfamilier med små barn fordi de har færre muligheter til å *kjøre tid* – for eksempel ved å leie hushjelp og kjøpe ferdiglagede måltider – enn mer velstående familier. Lavinntektsgrupper har sannsynligvis også en mindre fleksibel arbeidstid og mer skiftarbeid.
- **Styrke lovgivningen for å øke mulighetene til å få sunne arbeidsplasser.**
  - \* Styrke demokratiet på arbeidsplassen og gjøre det lettere å ha en konstruktiv dialog mellom representanter for fagforeningene og arbeidsgiverne.
  - \* Beholde eller utvikle spesielle yrkeshygieniske helsetjenester som finansieres av det offentlige, og som er uavhengige av arbeidsgiverne. Gi høyest mulig prioritet til primærforebygging, f.eks. tidligvarslingssystemer for helsefarer på jobben, blant annet psykososiale risikofaktorer.
  - \* Utarbeide eller sikre lover og avtaleverk som gjør det mulig å redusere helsefarene på jobben, også når det ikke lykkes å inngå frivillige avtaler mellom arbeidsgiver og arbeidstakere.

- **Utvikle arbeidsplassen som et sted for helsefremmende tiltak.**

- \* Arbeidsplassen kan være et naturlig utgangspunkt for en bred diskusjon om forebygging av sykdom og helsefremmende tiltak, som i tillegg til å se nærmere på helsedeterminanter som er direkte forbundet med arbeidsmiljøet, også setter søkelyset på slike problemer som røyking, overforbruk av alkohol og de positive virkningene av et sunt kosthold og mosjon. Det bør selvfølgelig også gjøres en spesiell innsats for å undersøke hvilke muligheter som finnes til å hjelpe dem som er mest utsatt.
- \* Helsearbeidere bør stå i spissen for å utvikle en likhetsorientert helsepolitikk i helsesektoren. Overraskende nok viser det seg at det er store sosiale helseulikheter i helsevesenet. De mest utsatte er renholdere, portører og hjelpepleiere, mens leger og personer i ledende stillinger har bedre helse og bedre arbeidsforhold. En systematisk analyse av hoveddeterminantene for disse ulikhetene samt tiltak for å redusere dem kan ha to hensikter. For det første kan slike analyser vise at man deltar i det nasjonale eller lokale arbeidet med å fjerne sosiale helseulikheter. For det andre er det sannsynlig at erfaringene ved å sette i verk tiltak for å oppnå rettferdig helse i de eksisterende systemene, f.eks. et sykehus, vil øke kunnskapen om og interessen for likhetsorientert helsepolitikk generelt.

## **III. Arbeidsledighet**

### **Generell helseeffekt**

Arbeidsledighet fører til sykdom og prematur død, blant annet svekkelse av den psykiske helsen og økt risiko for selvmord (Bartley, 1994). Arbeidsledighet har blitt identifisert som en av de ti viktigste årsakene til den totale sykdomsbyrden i 1990-årene i de 15 landene som tilhørte EU før 1. mai 2004 (Diderichsen, Dahlgren og Vågerö, 1997).

Det er stor arbeidsledighet i hele Europa, fra 3% til 16% eller mer, og den internasjonale trenden med økende arbeidsledighet de siste tretti årene har vært et kontinuerlig problem for de fleste europeiske regjeringene (Duffy, 1998).

I Europa spiller arbeidet en sentral rolle i samfunnet: Det gir inntekter, prestisje, en følelse av å være verdt noe og kunne delta og bli inkludert som fullverdig medlem av samfunnet på. Arbeidsledighet ekskluderer folk effektivt fra denne deltakelsen og de fordelene som det å være sysselsatt gir. Det er imidlertid vanskelig å studere sammenhengen mellom arbeidsledighet og helse i land med en stor svart økonomi, der de offisielle ledighetstallene sannsynligvis ikke gjenspeiler realitetene på arbeidsmarkedet (Gilmore, McKee og Rose, 2002).

Arbeidsledighet kan også ha en negativ helsevirkning på barn i familier med arbeidsledige voksne. Andelen av alle barn i husholdninger med arbeidsledige voksne i 2004 varierte i EU-landene fra 2,0% til 16, 8% (Judge et al., 2005). Dersom man opplever en risiko for å bli arbeidsledig, er også det en kilde til usunt stress. Følgelig indikerer en økende andel av arbeidsstyrken som går på midlertidige kontrakter – i tillegg til arbeidsledighet generelt – en ny determinant for dårlig helse.

## Effekt på helseulikheter

Arbeidsledighetsbyrden er ikke likt fordelt i befolkningen. Risikoen for arbeidsledighet i de fleste europeiske landene øker med synkende sosioøkonomisk status og er høyest i grupper som allerede er i en svak eller sårbar stilling på arbeidsmarkedet (Duffy, 1998; det svenske folkehelseinstituttet, 2005). Grupper som er spesielt utsatt, er blant annet ufaglærte arbeidere, personer med bare noen få års skolegang, lavinntektsfamilier, enslige mødre, etniske minoriteter og nyankomne innvandrere (Duffy, 1998).

Noen av de viktigste grunnene til at arbeidsledighet er helseskadelig for disse gruppene er: økt fattigdom som følge av tap av inntekt, sosial ekskludering og utestenging fra sosiale nettverk, samt endringer i helserelatert atferd som røyking, drikking og mangel på mosjon på grunn av stress eller kjedsomhet. Dette kan også ha en livslangeeffekt, fordi en periode med arbeidsledighet øker faren for arbeidsledighet i framtiden og skader de langsiktige karrieremulighetene (Montgomery et al., 1996).

## Mulige strategier og tiltak som angår arbeidsledighet og helse

De negative helsekonsekvensene av arbeidsledighet er enda en grunn til at man i alle økonomiske utviklingsstrategier bør prioritere innsats for å redusere den. Det er utenfor omfanget av denne rapporten å beskrive og analysere forskjellige politiske valg for å fremme full sysselsetting. Poenget her er at arbeidsledighet er en viktig determinant for sosiale ulikheter i helse, og dette krever politiske løsninger som å:

- Hindre at arbeidsledighet i det hele tatt oppstår ved å:
  - \* operasjonalisere mål på nasjonalt og internasjonalt nivå for å redusere arbeidsledigheten og gradvis sikre full sysselsetting
  - \* fremme en økonomisk politikk og et lovverk som stimulerer eller ytterligere bidrar til full sysselsetting, blant annet med spesialtiltak som sikrer at denne politikken også gagnar dem som er svakest stilt på arbeidsmarkedet
  - \* gi mennesker som er i faresonen mer opplæring av høy kvalitet og flere utdanningsmuligheter – særlig langtidsledige

- \* føre en aktiv arbeidsmarkedspolitikk, bl.a. via tiltak som skaper og opprettholder arbeidsplasser, og
- \* vurdere helseeffekten av arbeidsledighet som følge av forskjellig økonomisk politikk
- Hindre drastiske inntektstap eller økt fattigdom blant arbeidsledige ved å utvikle eller opprettholde adekvat økonomisk bistand eller arbeidsledighetstrygd, og sikre effektive bånd mellom sosial beskyttelse, livslang læring og arbeidsmarkedsreformer.
- Gjøre veien lettere fra arbeidsledighet til arbeid, blant annet ved å ta i bruk aktive ordninger for jobbsøking, opplæringsplaner og spesialressurser, f.eks. subsidierte lønninger og skatterefusjon for å ansette langtidsledige, funksjonshemmede, kronisk syke og arbeidsledig ungdom.
- Fremme en familievennlig sysselsettingspolitikk, som blant annet gjør det lettere å få barnehageplass til småbarn.
- Øke kompetansen og kapasiteten i helsesektoren for å forebygge helseplager som følge av arbeidsledighet – for eksempel via utstrakte psykiske helsetjenester – og gi adekvat behandling til dem som lider av skadevirkningene som skyldes arbeidsledighet.

## IV: Helse- og omsorgstjenester

### Generell helseeffekt

I Europa har dødeligheten sunket dramatisk mens forventet levetid har økt dramatisk. Dette skjedde i den siste halvdel av det 19. århundret i noen land og tidlig i det 20. århundret i andre. I England og Nederland, som var to av de første landene som registrerte denne økningen, gikk forventet levealder opp fra ca. 40 år midt i det 19. århundre til 60 år midt i det 20. århundre og til nesten 80 år ved utgangen av det 20. århundre. Det er vanskelig å vurdere hvor mye av denne økningen som kan tilskrives helsetjenestene. Ut ifra trendene i spesifikke sykdommer og tidspunktet for når effektive tiltak ble tilgjengelige, ser det ut til at bedre helsetjenester bare spilte en beskjeden rolle fram til midten av det 20. århundret. Mesteparten av veksten i forventet levetid i England har vært tilskrevet den generelle økningen i levestandard, forbedret kosthold og de offentlige sanitære reformene som sørget for rent vann, bedre boliger og et sikrere arbeidsmiljø (McKeown, 1976; Szreter, 1988; Guha, 1994). Mackenbach har imidlertid sett på analysen for Nederland en gang til og anslått at helsetjenestene bidro med mellom 4,7% og 18,5% i nedgangen i dødeligheten mellom 1875 og 1970 (Mackenbach, 1996).

I andre halvdel av det 20. århundret bidro helsetjenestene mer, men likevel ikke

mest, til økningen i forventet levealder. I Nederland og USA for eksempel er det anslått at en mer effektiv helseomsorg har ført til fem år lengre forventet levealder ved fødselen i disse landene (Mackenbach, 1996).

Disse dødelighetsstudiene gir imidlertid et ufullstendig bilde av den totale helseeffekten av helsetjenestene. Det er mulig at det største bidraget som gode helsetjenester kan gi, er å redusere dødelighet og uførhet, lindre smerte og lidelse og bedre livskvaliteten til mennesker som blir syke. Nesten alle nyter godt av disse tjenestene en eller annen gang i livet, men de finnes ikke beregninger av helseeffekten av dette helseaspektet.

## Effekt på helseforskjeller

Analyser av overlevelse fra sykdommer som det er effektive behandlinger for, har vist at alle sosioøkonomiske grupper har økt overlevelse i det 20. århundre. Når det gjelder dødsårsaker som tuberkulose, blindtarm og neonatale sykdommer – som kan behandles – sank dødeligheten i England og Wales med 70% i de laveste sosioøkonomiske gruppene og 80% i de høyeste sosioøkonomiske gruppene mellom 1930 og 1960. Denne ujevne nedgangen i dødelighet resulterte i et bredere dødelighetsgap mellom gruppene når det ble målt i relative tall, men de *absolutte* forskjellene idødlighet minsket (Mackenbach, Stronks og Kunst, 1989). En reduksjon i absolutte ulikheter i dødelighet har også blitt rapportert for Nederland og Sverige når det gjelder sykdommer for nyfødte som kan behandles. Slik dokumentasjon gjorde at Johan Mackenbach konkluderte med at helseomsorg har spilt en viktig rolle i å redusere ulikheter i helse: "Innføring av effektiv helsetjeneste, hjulpet av en kanskje ikke ideell, men en ikke desto mindre svært betydelig tilgang til helseomsorg for de lavere sosioøkonomiske gruppene, har redusert forskjeller i dødelighet, ikke minst i absolutte tall" (Mackenbach, 2003:527).

Den fortsatt eksisterende ulikheten i tilgang til helseomsorg – som finnes selv i de mest avanserte velferdsstatene i Europa – understreker derfor menneskerettighetsaspektet i problemet (Whitehead og Dahlgren, 2006). Hvis folk nektes eller får begrenset tilgang til helseomsorg når de trenger det, er det et brudd på menneskerettighetene i et sivilisert samfunn.

Denne retten til viktige helsetjenester etter behov og uavhengig av betalingsevne blir også framholdt som et hovedmål i mange politiske dokumenter og erklæringer over hele Europa. Helseministrene i Belgia, Tyskland, Portugal, Spania, Sverige og Storbritannia gav uttrykk for disse målene med følgende ord i et felleskommuniké i august 2005 (Judge et al., 2005:17):



*“De grunnleggende verdiene likhet, universalitet og solidaritet er pilarene i helsesystemene i hele Europa. Selv om det er store forskjeller i hvordan de er organisert, administrert og finansiert, prøver alle land å gi lik tilgang til gode, effektive og økonomisk bærekraftige helsetjenester for hele befolkningen basert på behov istedenfor betalingsevne. Alle systemene er basert på solidaritet – mellom syke og friske, mellom fattige og rike, mellom unge og gamle og mellom dem som bor i byen og på landet.”*

Landene føler seg sterkt forpliktet overfor disse verdiene, noe som ble understreket av WHO's regionkontor for Europa (2005c).

***“Det er neppe et land i WHO's europeiske region der det ville være akseptabelt eller hensiktsmessig for de nasjonale helsemyndighetene å si at de ikke representerte rettferdighet, likhet, solidaritet og utstrakt deltakelse, eller å iverksette tiltak som satte disse verdiene i fare. Det er heller ikke noe land i Europa som ser på helse og helsetjenester som vanlige handelsvarer på et marked som kan privatiseres og kommersialiseres.”***

Det som lavinntektsfamilier over hele Europa faktisk opplever, stemmer imidlertid dårlig med slike fagre ord. Den omvendte omsorgsloven – “tilgjengeligheten til god helsetjeneste har en tendens til å variere omvendt med behovet for den i den befolkningen som skal betjenes” (Hart, 1971) – er fremdeles svært så levende i de fleste landene i den europeiske regionen. Dessuten har situasjonen blitt verre i noen land siden begynnelsen av 1990-årene. Ulikhet i tilgang til rimelige helsetjenester og legemidler av høy kvalitet har generelt sett økt, særlig i Mellom- og Øst-Europa, men denne tendensen kan også sees Vest-Europa. Denne negative trenden kan også observeres i perioder med høy økonomisk vekst.

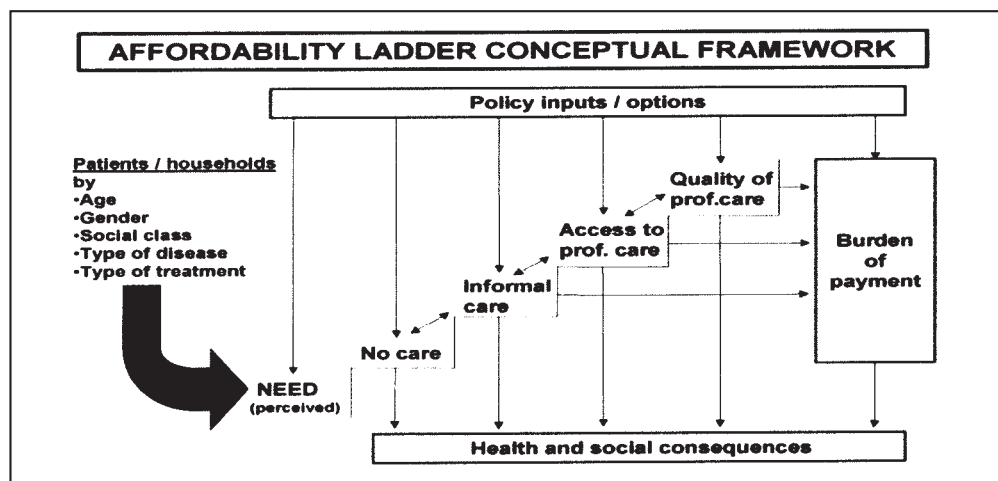
Sosial ulikhet innenfor helsesystemene har mange sider, blant annet relatert til det uformelle helseomsorgssystemet. Det gjelder også tilgangen til, kvaliteten på og folks evne til å betale for profesjonelle helsetjenester og legemidler. Størrelsen på de observerte ulikhetene kan også være svært forskjellig for forskjellige omsorgstyper. Disse ulikhetene kan bare sees og forstås fullstendig i et bruker- eller familieperspektiv, slik det følgende viser.

## **Utjevningsvurderinger av helsesystemer**

Som et første skritt mot å fjerne de sosiale ulikhetene kreves det utjevningsvurderinger av helsesystemer. Når det skal foretas en vurdering, er det viktig ikke bare å se på tilgangen for befolkningen som helhet, men også erfaringene blant

lavinntektsgruppene når de ønsker behandling for ulike helseproblemer. Man må også se på den betalingsbyrden som skapes av honorarer, annen direkte betaling for offentlige helsetjenester og legemidler, samt uoffisielle former for honorar og betaling til kommersielle helseaktører som selger tjenestene sine til markedspriser. Ved å bruke "The Affordability Ladder Program" (ALPS) (et verktøy som analyserer helsesystemene fra brukernes ståsted) på fig. 3 er det lettere å foreta en slik vurdering. Det støtter en systematisk, likhetsorientert og pasient- eller husholdningsbasert analyse av det totale helsesystemet, inkludert uformell og formell helseomsorg (Dahlgren, 2004).

**Fig. 3. ALPS-metoden for å vurdere likhet og helsesystemer**



Kilde: Dahlgren (2004).

Tenkningen og trinnene i denne metoden kan illustreres med følgende eksempler fra Europa.

**Trinn 1. Forskjeller i omsorgsbehov**  
**Sosiale ulikheter i helse etter kjønn.**

Disse utgjør grunnlaget for alle analyser av tilgang til og bruk av helsetjenester. Likhet i tilgang til helsetjenester betyr at siden lavinntektsgruppene har størst sykdomsbyrde, burde dette gjenspeiles fullt ut i at de bruker de viktige helsetjenestene mest. Hvis det viser seg at helsetjenestene brukes like mye av alle de sosioøkonomiske gruppene, kan dette tyde på betydelige sosiale ulikheter i tilgang og bruk. Man bør legge merke til det sosiale sykdomsmønsteret, siden dette indikerer hvordan det underliggende behovet for tjenestene varierer. Denne

forbindelsen mellom sosiale ulikheter i helsestatus og ulikheter i helseomsorg blir ofte oversett ved vurdering av helseomsorgssystemer.

### ***Type helseproblem eller tjenester som det er behov for.***

Økonomisk tilgjengelighet til et gitt helseomsorgssystem kan variere. Dette kan avhenge ikke bare av forskjellene i pasientenes økonomiske ressurser, men også av kostnadene ved den behandlingen som kreves for spesielle sykdommer eller helseproblemer. Dette kan virke selvinnsynende, men typiske analyser av tilgang til tjenester tar ikke hensyn til kostnadsforskjeller ved behandling av forskjellige sykdommer. De sprer omsorgskostnadene jevnt utover. I realiteten kan imidlertid enkelte rimelige behandlinger være tilgjengelige for nesten hele befolkningen mens dyr høyteknologisk behandling bare er tilgjengelig for svært velstående grupper. Hvis det antas at alle pasienter søker tilgang til medisinske tjenester for sine spesielle helseproblemer, er det viktig at analyser av likheten i tilgang til og bruken av helsesystemene også sier noe om forskjellene i tilgang ved forskjellige typer helseproblemer og behandling. Denne type sykdomsspesifikk analyse er fremdeles sjelden i de fleste europeiske land.

### ***Trinn 2. Uformell omsorg eller egenomsorg***

Når en person er syk, gis mesteparten av omsorgen uten kontakt med helsevesenet. Denne uformelle omsorgen, som foregår ved at folk pleier seg selv, eller får venner eller familie til å gjøre det, blir sjelden nevnt i analyser av helseomsorgssystemer. Dette til tross for at kapasiteten til å yte den slags omsorg ofte er mest begrenset blant lavinntektsgruppene med størst sykdomsbyrde. Vurderinger av tilgjengelighet bør alltid ta hensyn til om tvungen eller helseskadelig uformell omsorg forekommer som følge av en begrenset tilgang til profesjonell omsorg.

### ***Trinn 3. Tilgjengelighet til helseomsorg***

## **Geografisk tilgjengelighet**

Det mest vanlige mønsteret i de fleste – hvis ikke alle – land, er at omfanget av helsetjenester og antall leger øker i takt med gjennomsnittlige inntekt for et avgrenset geografisk område. Denne trenden forsterkes i en markedsstyrt helsesektor med mange private tilbydere.

## Økonomisk tilgjengelighet

Økonomiske barrierer begrenser tilgang til omsorg i mange land. I Armenia, Georgia og Moldova for eksempel er det slik at over 50% av befolkningen ikke oppsøker behandling når de er syke på grunn av manglende betalingsevne. I Kirgisistan meldte 36% av befolkningen som helhet og 70% av den fattigste gruppen at de ikke hadde råd til å kjøpe reseptbelagte medisiner (Walters og Suhrcke, 2005). Like store ulikheter i tilgang til omsorg og viktige legemidler har også blitt registrert i Tadsjikistan, der 70% av den fattigste femdelen av befolkningen ikke hadde råd til å kjøpe reseptbelagte medisiner (Falkingham, 2004).

I mange land i WHO's europeiske region øker ulikhetene i økonomisk tilgang til viktige helsetjenester. Kvinner i Tadsjikistan føder for eksempel, i økende grad hjemme istedenfor på en klinikk fordi de ikke kan betale for de tjenestene som sykehuset tilbyr (Falkingham, 2004). Velstående grupper bruker gjerne offentlige sykehus mer enn mindre privilegerte grupper i mange land selv om de har mindre omsorgsbehov enn de lavere sosioøkonomiske gruppene. For eksempel bruker rike mennesker i Tadsjikistan og Kasakhstan offentlige sykehus dobbelt så mye som fattige (Falkingham, 2001).

Begrenset økonomisk tilgang til helsetjenester og viktige legemidler er også et økende problem i vesteuropeiske land siden en stadig større andel av de totale kostnadene ved helseomsorg betales av egen lomme. For eksempel sa 250 000 svensker at de ikke hadde råd til å kjøpe reseptbelagte medisiner (det svenske helse- og velferdsdirektoratet, 2002). Nyere studier av tilgang til reseptbelagte medisiner har vist at 60% av personer med økonomiske problemer ikke kjøpte de medisinerne som legen skrev ut. Dessuten lot 27% av mennene og 28% av kvinnene med økonomiske problemer være å søke profesjonell hjelp til tross for at de mente de hadde behov for det. Til sammenligning gjaldt dette 10% av dem uten økonomiske problemer (Wamala et al., 2006).

En rapport fra 2005 ved WHO's europeiske kontor for investeringer i helse og utvikling konkluderte med at økonomiske barrierer var den viktigste begrensende faktoren for tilgjengelighet til helsetjenester i Mellom-, Øst-Europa og SUS og at situasjonen har forverret seg siden overgangen til markedsøkonomi. Denne trenden har blitt forsterket av reduserte statlige bevilgninger til helsetjenester, lave lønninger til medisinsk personale og stor uformell og formell betaling for helsetjenester og legemidler (Walters og Suhrcke, 2005).

### **Trinn 4. Kvaliteten på omsorgen**

I mange land er det store sosiale ulikheter i kvaliteten på den omsorgen som gis. Fattige mennesker i Bulgaria, særlig fattige kvinner, har en primærhelsetjeneste av dårligere kvalitet (Balanbanova & McKee, 2002). I Tadsjikistan er det mindre

sannsynlig at mindre privilegerte grupper skal komme lenger enn til primærhelsetjenesten enn de mer velstående gruppene, noe som kan være en indikator på dårligere tilgang til den mer spesialiserte omsorgen som de trenger (Falkingham 2004).

### **Trinn 5. Betalingsbyrden**

Egenbetaling kan være en stor byrde – særlig for lavinntektsgruppene – og kan til og med støte folk ut i fattigdom. Dette er derfor et viktig aspekt ved en vurdering av helsesystemet i et likhetsperspektiv. Hvis det viser seg at det er lav egenbetaling, betyr det ikke nødvendigvis at alt er vel. Den lave betalingsbyrden kan skyldes at fattige grupper ikke kan bruke tjenestene i det hele tatt på grunn av kostnadene. I så fall vil de ikke pådra seg medisinske utgifter, men de kan lide som følge av mangel på adekvat behandling. For å skille mellom disse to årsakene til lav egenbetaling må man analysere både betalingsbyrden for folk som faktisk bruker helsetjenestene, og i hvor stor grad forskjellige sosioøkonomiske grupper lar være å bruke helsetjenestene på grunn av kostnadene.

For å vurdere når utgiftsnivået til helseomsorg blir for høyt, er det nyttig å uttrykke kostnadene som en prosentandel av pasientens tilgjengelige husholdningsbudsjett eller inntekt. En slik analyse utført på de sosioøkonomiske gruppene i Kasakhstan viste at fattige pasienter med behov for sykehusopphold brukte et beløp som tilsvarte over det dobbelte av den månedlige inntekten på behandlingen. Velstående pasienter brukte et beløp som tilsvarte rett over halvparten av den månedlige inntekten deres, noe som også er en tung byrde (Lewis, 2000). Siden folk sjelden må legges inn på sykehus, er det viktig å analysere den totale egenbetalingen for primæromsorg og legemidler samt for sykehusopphold.

I en analyse av betalingsbyrden må det vurderes i hvor stor grad forskjellige sosioøkonomiske grupper nyter godt av eksisterende offentlige subsidier. Det typiske mønsteret i mange land er at de fleste av disse fordelene tilfaller grupper som er mer velstående. Dette er for eksempel situasjonen i Armenia, der den fattigste femdelen av befolkningen nøt godt av (brukte) bare 13% av de totale offentlige utgiftene mens den rikeste femdelen brukte nesten 40% (World Bank, 2002).

Et spesielt problem i mange land i Mellom- og Øst-Europa og SUS er det svært høye nivået på de uregulerte, uformelle (svarte) honorarene, som kommer i tillegg til den offisielle prisen som pasientene betaler. Den slags betaling er som en kreftsvulst i ethvert offentlig helseomsorgssystem fordi det overfører fordelene ved offentlig finansiering fra pasientene til tjenesteleverandørene og bidrar til at folks utgifter til offentlige tjenester mer og mer ligner det de betaler for kommersielle tjenester. Derfor er det et stort problem både for enkeltmennesket og samfunnet at de fleste pasienter er tvunget til å betale slike uformelle honorarer. Prosentandelen av

pasienter som betaler uformelle honorarer er 91% i Armenia og 78% i Aserbajdsjan. Den gjennomsnittlige svarte betalingen i Bulgaria tilsvarte 21% av minimums månedslønn (Balabanova og McKee, 2002). Problemet ser ut til å øke i mange land. I Albania for eksempel økte andelen som betalte svarte honorarer fra 20% i 1996 til over 80% ved utgangen av år 2000 (Lewis, 2000). Den betydning begrenset tilgang, lav kvalitet og stor økonomisk byrde har på ulikheter i helse, er ikke blitt anslått i disse landene. Det er imidlertid grunn til å anta at den negative effekten av dårlig helse og premature dødsfall er stor i mange land i Mellom-, Øst-Europa og SUS.

Ulikhetene i offentlige systemer er enda større der det er et stort kommersielt helseomsorgssystem som bare yter tjenester til dem som kan betale markedspris for disse tjenestene. Derfor er det særlig grunn til å analysere den effekten helsereformer som fremmer bruken av private (kommersielle) helsetjenester har på sosial ulikheter i helse og helsetjenester.

Selv om disse ulikhetene er langt mer framtrødende i Mellom-, Øst-Europa og SUS, er det liknende problemer i en mindre skala i Vest-Europa, der det har vært en liknende tendens i retning av økt egenbetaling. For eksempel har egenbetaling og annen direkte privat betaling for helsetjenester og legemidler økt fra 10 til 16% av de totale helseutgiftene i Sverige i løpet av 1990-årene. Hvert år sier 250 000 svensker at de ikke har råd til å kjøpe reseptbelagte medisiner (det svenske helse- og velferdsdirektoratet, 2002).

## Utjevningsorientert helsepolitikk

En resolusjon som ble vedtatt av alle de 52 helseministerne i Europa i 2001, ga WHO's europeiske kontor for investeringer i helse og utvikling i Venezia i oppgave å analysere og spre dokumentasjon om hva landenes helsesystem kan gjøre for å redusere effektene av fattigdom og ulikhet i helse. I den sammenheng har kontoret i Venezia gått inn for følgende 4-delte tilnærming i helsesystemene (Ziglio et al., 2003).

1. Gjør noe med den omvendte omsorgsloven (som finnes i alle europeiske land), der "tilgjengeligheten til god helsetjeneste har en tendens til å variere omvendt med behovet i den befolkningen som betjenes" (Hart, 1971) – for eksempel ved å bedre dekning, berettigelse, geografisk og kulturell tilgang og gi lik ressursfordeling.
2. Hindre at helsetjenestene skaper fattigdom – for eksempel ved å rette oppmerksomheten mot finansiering og betalingsbyrde.
3. Bidra til å redusere helseskader som forårsakes av de mer indirekte determinantene for helse – for eksempel via oppsøkende tjenester til de hjemløse

- og andre fattige mennesker som det er vanskelig å komme i kontakt med.
4. Gå løs på de indirekte helsedeterminantene på en mer direkte måte – for eksempel via mer bruk av oppsøkende tjenester via partnerskap med tjenester som ligger utenfor helsesektoren.

Behovet for og muligheten til å utvikle denne 4-delte tilnærmingen er svært forskjellig i land med høy, middels og lav inntekt i den europeiske regionen. Dessuten kan reformer i helsesektoren bare starte med og være basert på eksisterende helseomsorgssystemer, og de er svært forskjellige i Europa. Følgelig kan spesifikke strategier for å redusere sosiale ulikheter i helseomsorgssystemet bare utarbeides i det enkelte landet. Følgende generelle spørsmål, politiske valg og erfaringer bør imidlertid tas i betraktning når man skal utarbeide effektive og likhetsorienterte reformer i helsesektoren for et spesifikt land.

***Styrke mulighetene for god uformell omsorg eller egenomsorg:*** En oversett, men legitim, rolle for politikerne er å bidra til å styrke mulighetene for å kunne gi god uformell omsorg eller egenomsorg – særlig blant lavinntektsfamilier. Dette kan omfatte offentlige tilskudd til å forbedre helsekunnskapene og tjenester som sørger for avlastning til familiemedlemmer som gir uformell omsorg til syke barn eller eldre slektninger. Noen land har også tatt i bruk andre strategier for å øke kunnskapsnivået til og kvaliteten på slike uformelle leverandører av helsetjenester. Et stort ansvar for dem som utarbeider og implementerer helsestrategier og helsepolitikk, er å finne ut om og i hvilken utstrekning forskjellige reformer i helsesektoren og helsepolitiske tiltak reduserer eller øker den tvungne eller helseskadelige uformelle omsorgen eller begge deler.

***Se på sektorovergripende perspektiver:*** Helseomsorgssektoren er en av mange determinanter for helse. Dette sektorovergripende perspektivet på helseutvikling blir sjelden helt ut erkjent av dem som arbeider i helsesektoren. Helsesektoren kan til og med bli betraktet som den viktigste helsedeterminanten uten at betydningen av de andre determinantene er analysert. Et slikt trangt syn på helseutvikling begrenser mulighetene til å utarbeide sektorovergripende likhetsorienterte helsestrategier. Det er derfor viktig å utvide perspektivet og aktivt stimulere til dialog og samarbeid med andre sektorer, noe som kan omfatte:

- informasjon om årsaken til, størrelsen på og fordelingen av forskjellige helseproblemer som er av betydning for tiltak i hver sektor med tanke på å forebygge sykdommer og fremme helse
- utvikling og bruk av forskjellige metoder for likhetsorienterte helsekonsekvensanalyser

- sektorovergripende helsetiltak der representanter fra forskjellige sektorer samarbeider om planlegging og iverksetting av likhetsorienterte helserelaterte prosjekter og programmer, og
- sektorovergripende samarbeid for å lette levering av tjenester til marginaliserte grupper som det er vanskelig å komme i kontakt med, f.eks. hjemløse og visse etniske minoriteter
- Understreke at de offentlige helsetjenestene ikke bør betraktes som en vare på et kommersielt marked. Erfaringer fra hele verden viser tydelig at likhet i helseomsorg ikke kan oppnås på et kommersielt marked. Det er derfor av avgjørende betydning å utelukke offentlig finansierte helsetjenester fra de generelle frihandelsavtalene som Verdens handelsorganisasjon og EU går inn for.

***Fremme en skattepolitikk som sikrer adekvat offentlig finansiering:*** Det er mulig å fordele offentlige midler etter behov uavhengig av betalingsevne, mens privat betaling til kommersielle leverandører ikke kan fordeles på denne måten. Følgelig krever forsøk på å redusere ulikheter i helse ordninger med en stor andel offentlig finansiering. Helsepolitikkerne må derfor engasjere seg i analyser av alternativ skattepolitikk. I tillegg til nasjonal skattepolitikk er det også viktig å se på muligheten til å utvikle internasjonale skattesystemer, f.eks. skatt på økonomiske transaksjoner, flytransport og arbeid med å begrense skatteunndragelse til skatteparadiser utenlands. Det er utenfor omfanget til denne rapporten å presentere og analysere nasjonale og internasjonale skattepolitiske alternativer. Poenget er at slike analyser er svært viktige når globaliseringen reduserer de nasjonale myndigheters evne til å få inn nok penger i skatt fra nasjonale kilder.

***Utvikle eller opprettholde offentlige systemer med forhåndsbetaling:*** I land som finansierer helsetjenestene hovedsakelig via skatter eller forskjellige typer offentlige trygdeytelser eller begge deler, er det en stor utfordring å sikre at disse økonomiske strategiene ikke undergraves av nedskjæringer i offentlig finansiering, økt brukerbetaling eller private helseforsikringsordninger eller begge deler. Dessuten er det viktig at tilgjengelige offentlige ressurser fordeles etter behov uavhengig av betalingsevne.

Private leverandører av offentlig finansierte helsetjenester kan også undergrave den offentlige finansieringen. Disse kommersielle aktørene har egeninteresse av å prioritere pasienter som betaler privat, fordi de har en tendens til å være mer lønnsomme enn offentlig finansierte pasienter. Det er på denne bakgrunnen at det for eksempel i Sverige er en lov som forbyr offentlig finansierte sykehus å akseptere pasienter som betaler av egen lomme eller via privat helseforsikring.

I land der formell og uformell privat betaling for helsetjenester (iberegnet



tannlegebehandling) og legemidler utgjør en stor og ofte økende andel av de totale kostnadene til helseomsorg, kan helseforskjeller bare reduseres ved gradvis å legge om til ordninger med offentlig forskuddhåndsbetaling. Dette var også konklusjonen i resolusjon WHA 58/33, som ble vedtatt i 2005 av World Health Assembly (Verdens helseforsamling). En gradvis tilnærming, der stor brukerbetaling erstattes av offentlig finansiering via skatter eller offentlige trygdeordninger eller begge deler, kan omfatte:

- økt offentlig finansiering for å øke kapasiteten i og kvaliteten på det eksisterende offentlige helseomsorgssystemet – særlig for behandling av fattigdomsrelaterte sykdommer
- skattefinansierte helseforsikringskort, som gis gratis eller til en lav kostnad til fattige mennesker eller familier og barn
- utvikle arbeidsgiverbasert helseforsikring som inkluderer familiemedlemmer
- undersøke muligheten til å kople sammen eksisterende offentlige trygdeordninger for å lette krysssubsidier mellom forskjellige ordninger, og
- utvikle av obligatoriske, subsidierte helseforsikringsordninger, som sammen med allerede etablerte trygdeordninger kan føre til generell dekning

Det ligger utenfor denne rapportens rammer å beskrive og analysere landspesifikke alternativer for å oppnå full dekning. I et helseutjevnings- og helseomsorgsperspektiv viser imidlertid erfaringen tydelig at frivillige helseforsikringsordninger, og private profittbaserte helseforsikringsordninger i særdeleshet, ikke tjener dem som har størst behov for behandling. De undergraver også muligheten til å utvikle obligatoriske offentlige helseforsikringsordninger, der de mer velstående subsidierer omsorgen til økonomisk mindre privilegerte grupper.

**Utvikle måter for fordeling av ressurser etter behov:** Ressurser kan fordeles mellom forskjellige administrative områder ved å bruke en spesifikk behovsbasert indeks som tar hensyn ikke bare til befolkningens størrelse og alderssammensetning, men også til sosiale ulikheter i *helsestatus*. Overgangen til en behovsbasert ressursfordeling må skje gradvis som følge av de eksisterende fysiske strukturene og andre begrensninger.

Bare offentlige midler kan fordeles etter behov på denne måten. Privat betaling av egen lomme eller via private helseforsikringsordninger kan ikke omfordeles til dem som ikke kan betale. Offisiell brukerbetaling kan i teorien overføres fra rike til fattige områder, men i praksis skjer dette svært sjelden. Betaling til kommersielle helseleverandører bør imidlertid overveies når et land fastlegger kriterier for en behovsbasert fordeling av midler. Det kan også være aktuelt – særlig i land med stor brukerbetaling – å overveie å ta inntekter fra brukerbetaling fordi den vanligvis er høyere i områder som er mer velstående.

En omlegging mot en behovsbasert fordeling av ressurser er særlig viktig i land som fremdeles bruker antall sykehussenger som kriterium for ressursfordeling. En fordeling basert på senger forsterker eksisterende geografiske ulikheter og blokkerer mulighetene til å utvikle et effektivt likhetsorientert helseomsorgssystem.

**Begrense hjerneflukten:** Et stort problem i noen land med lave og midlere inntekter er at kvalifisert medisinsk personell tilbys høyere lønninger og andre fordeler utenlands og derfor reiser fra sitt eget land. Den samme type hjerneflukt går fra den offentlige til den kommersielle helsesektoren i de enkelte land. Dette øker ulikhetene i helsesystemet siden kommersielle helseleverandører hovedsakelig betjener grupper som er mer velstående og ikke kan dekke behovet for dyr omsorg blant fattige mennesker. Det er liten evne til å begrense denne type hjerneflukt innen et land, og det blir sjelden diskutert. Det er derfor viktig å finne ut om og i hvilken utstrekning en ekspanderende kommersiell helsesektor begrenser mulighetene til å opprettholde og utvikle offentlige helsetjenester i lavinntektsområder og for lavinntektpasienter.

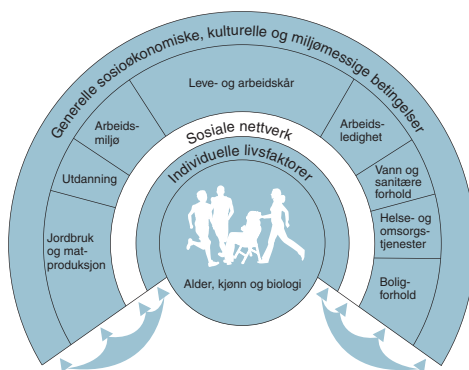
**Redusere betalingsbyrden:** Betalingsbyrden i markedsorienterte helseomsorgssystemer er størst i lavinntektsgruppene til tross for at de har minst betalingsevne og størst tjenestebehov. Måten å redusere denne betalingsbyrden på er å utvikle rettferdige økonomiske strategier basert på ordninger med offentlig forskuddsbetaling som beskrevet tidligere. Disse ordningene bør også omfatte subsidier til viktige legemidler siden utgiftene til legemidler ofte utgjør en stor del av en families utlegg til helseomsorg. Strengere kontroll med prisene på legemidler, økt bruk av kopimedisiner og muligheter til å få rimelige lån til å betale for helsetjenester (bl.a. tannlegebehandling) og legemidler kan være andre brukbare alternativer for å redusere betalingsbyrden. Mulighetene for å finansiere helsetjenester bør derfor alltid presenteres og analyseres både i et myndighets- og brukerperspektiv.

**Overvåke ulikheter i helseomsorgssystemet:** De forskjellige typene ulikheter i helseomsorgssystemet bør overvåkes nøye og rapporteres, ikke bare til profesjonelle helsearbeidere og politikere, men også til offentligheten. Det bør dessuten gjøres en spesiell innsats for å utvikle en *helsevakt*. Denne kunne vise om og i hvilken utstrekning forskjellige reformer og politiske tiltak i helsesektoren bidrar til å bygge ned barrierer og fjerne andre problemer som folk (generelt) og lavinntektsgrupper (spesielt) opplever.

## Lag 3: Sosial inkluderingspolitikk

I det siste tiåret har interessen økt for det tredje laget i regnbuen – sosiale og samfunnsmessige forhold – som determinanter for befolkningens generelle helse og for helseulikheter innen landene spesielt. En del av dette feltet – dokumentasjonen om det som omtales både som den *psykososiale miljøteorien*, *den sosiale kapitalen* og *den sosiale* – g debattert og blitt litt av et minefelt (Lynch et al., 2000; Marmot og Wilkinson, 2001; Whitehead og Diderichsen, 2001).

Uten å gå inn i de finere nyansene i debatten skal vi her skissere noen hovedskiller som må tas i betraktning når man tenker på de mest effektive politiske valgene for likhet i helse relatert til dette påvirkningslaget.



### Sosiale nettverk i kontekst

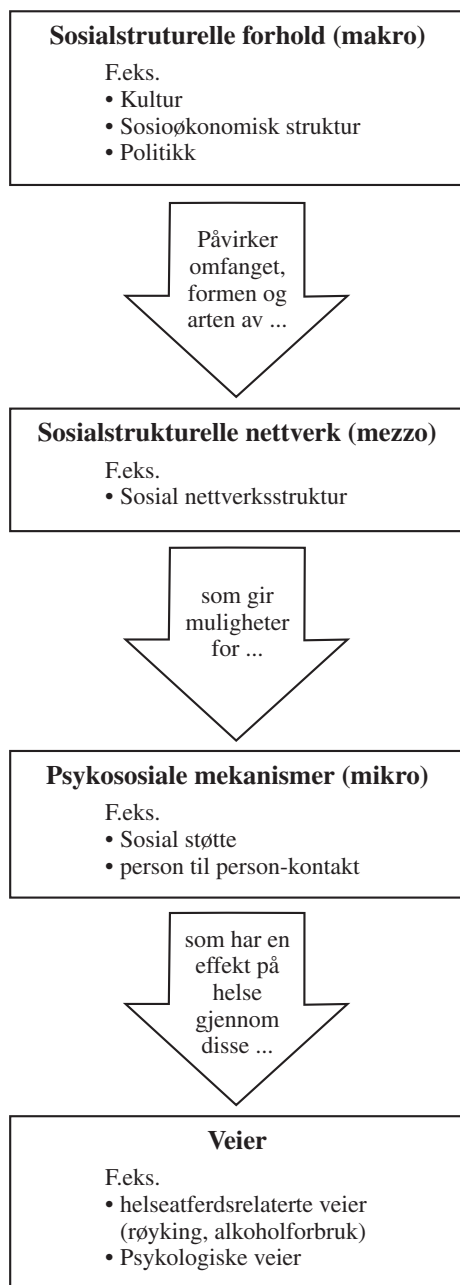
Berkman og Glass (2000) oppsummerer dokumentasjonen om dette påvirkningslaget: *“Egenarten i de menneskelige relasjoner – i hvilken grad en person er knyttet sammen med og integrert i samfunnet – har avgjørende betydning for en persons helse og velvære samt for helsen og vitaliteten til hele befolkningen.”* De foreslår en konseptuell modell som ser sosiale nettverk integrert i den oppstrøms sosiale og kulturelle konteksten som bestemmer omfanget av, arten av og formen på nettverkene. Nettverkernes struktur og funksjon i sin tur påvirker nedstrøms sosial støtte, engasjement, tilgang til ressurser og sosial og mellommenneskelig atferd. Dette er illustrert i **fig. 4**.

Modellen hjelper til med å foreslå potensielle politiske angrepspunkter langs veien fra makro- til mikronivå. Først må man imidlertid se det generelle helseperspektivet og helseulikhetsperspektivet.

## Generell helseeffekt

Det må skilles mellom helseeffekter på individ- og befolkningsnivå. På individnivå er det godt dokumentert at visse typer sosiale nettverk, sosial deltakelse og støttende sosiale relasjoner har en gunstig effekt på en persons helse. Folk med sterke sosiale nettverk har for eksempel en mortalitet som er halvparten eller en tredel av dødeligheten til folk med svake sosiale forbindelser (House, Landis og Umberson, 1988; Berkman, 1995). Omvendt har folk som er isolert fra andre, økt risiko for prematur død (Berkman og Glass, 2000). Et lavt kontrollnivå på jobben og lavt sosialt støttenivå er prediktorer for hjerte-karsykdom og dårlig psykisk helse (Bosma et al., 1997; Hemingway, Kuper og Marmot, 2003).

På befolkningsnivå er det karakteristiske trekk i den kollektive sosiale konteksten (for eksempel nabolag, fellesskap og samfunn) *utenfor individet* som påvirker helsenivået i den aktuelle befolkningen. Store inntektsforskjeller innen delstatene i USA (Kawachi et al., 1997; Kawachi, Kennedy og Glass, 1999) og i andre høyinntektsland (Wilkinson, 1996) assosieres med dårligere selvvaldert helse og høyere dødelighet i befolkningen på disse stedene. Noen



**Figur 4: Berkman and Glass' konseptuelle modell for hvordan sosiale nettverk kan påvirke helsen**

Kilde: Etter Berkman og Glass (2000)

forskere har funnet forbindelser mellom nivået på mellommenneskelig tillit, vilje til å hjelpe hverandre og tettheten i gruppemedlemskap på den ene side og høyere nivå på befolkningens helse på den annen side (Kawachi, Kennedy og Glass, 1999). Andre forskere har ikke klart å finne en slik forbindelse anvendt på forskjeller mellom høyinntektsland, men de har funnet en gunstigere barnedødelighetsprofil i land med større fagforeningsmedlemskap og politisk kvinnerepresentasjon (Lynch et al., 2001), noe som er en indikator på den videre kulturelle og politiske konteksten som folk lever i.

## Effekt på helseulikheter

På individnivå er det en klar sosial gradient i eksponering for dårligere sosial støtte, sosial isolasjon og et lavt kontrollnivå på jobben, med økende eksponering i samsvar med synkende sosial posisjon (Colhoun og Prescott-Clarke, 1996). Det å være arbeidsledig eller leve i fattigdom gir økt risiko for sosial ekskludering. Den britiske Whitehall-studien av statstjenestemenn viste at lavt kontrollnivå på arbeidsplassen kunne forklare ca. halvparten av den sosiale gradienten som ble observert ved hjerte-karsykdom (Marmot et al., 1997a).

På befolkningsnivå har land med et mer kohesivt velferdssystem en tendens til å fremme mer inkluderende politisk deltakelse, noe som resulterer i at det føres en politikk som gagnar alle deler av samfunnet. Disse mer universelle systemene vil i sin tur gi mindre ulikhet og mindre fattigdom (Korpi og Palme, 1998). Det motsatte av dette – målrettede tjenester bare for de dårlig stilte – risikerer bare å bli dårlig service, som den britiske samfunnsviteren Richard Titmuss en gang sa.

Kvaliteten på de sosiale relasjonene har også en tendens til å være dårligere blant lavinntektsgruppene. Familielivet er sannsynligvis mer preget av stress i mange familier som må takle alle de vanskelighetene som er typiske for mennesker som lever i relativ fattigdom (Wilkinson, 2005).

## Mulige strategier og tiltak

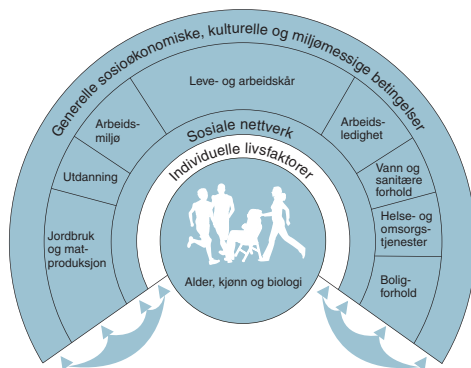
Det er tre kategorier politiske valg – øke den individuelle sosiale støtten og fremme *horisontale* og *vertikale* interaksjoner i befolkningen – som følger.

- Sikre ekstra helse- og sosialtjenester til underprivilegerte grupper og lokalsamfunn for å sikre emosjonell støtte til foreldre til unge barn og unge mødre (Acheson et al., 1998).
- Fremme *horisontale* sosiale interaksjoner – dvs. mellom medlemmer av samme samfunn eller gruppe – slik at samfunnsdynamikken kan fungere. Disse valgene omfatter alt fra:

- å fremme lokalsamfunnsutvikling som setter folk i stand til å samarbeide om egenprioriterte helsefremmende tiltak, til
- å bygge opp infrastrukturen i nabolaget – for eksempel ved å skape gode møteplasser og fasiliteter – for å lette den sosiale interaksjonen
- Styrke eller utvikle systemer som fremmer *vertikale* sosiale interaksjoner på et samfunnsmessig grunnlag. Disse systemene tar sikte på å skape vertikale bånd mellom forskjellige grupper fra øverst til nederst på den sosiale rangstigen for å øke inkluderingen og oppnå full økonomisk og politisk deltakelse. Den underliggende teorien bak de vertikale initiativene er at man ved å skape solidaritet tvers igjennom samfunnet får et mindre splittet samfunn, et samfunn med mindre sosiale ulikheter og dermed mer rettferdig tilgang til helseressursene. Eksempelene omfatter blant annet følgende:
  - å utvikle et inkluderende sosialt velferds- og utdanningssystem der *alle bidrar og alle høster fordeler*
  - en sysselsettingspolitikk som sikter på å integrere alle grupper i samfunnet på arbeidsmarkedet, og
  - initiativ for å styrke den demokratiske prosessen og gjøre det lettere for de underprivilegerte å delta i den

## Lag 4: Livsstilspolitikk i et likhetsperspektiv

Personlig atferd som røyking, drikking, kosthold og mosjon påvirker befolkningens helse. Dette er sosialt betinget og bidrar til noen av de observerte sosiale ulikhetene i helse. Før det kan utarbeides strategier for å redusere sosiale ulikheter i livsstils  
å forstå  
livsstils



### Livss

#### Livsstil

blodtrykk og høyt kolesterolnivå er implisert i minst en tredel av den totale sykdomsbyrden i Europa (WHO, 2002). Noen ganger blir det hevdet at atferdsrelaterte risikofaktorer som røyking og alkoholmisbruk er frivillig valgt, og at deres bidrag til forskjeller i livsstil derfor kan tilskrives usunne individuelle valg. Den opplagte strategien for å redusere disse livsstilsrelaterte risikofaktorene er å informere folk om de negative helseeffektene av forskjellige risikofaktorer slik at de motiveres til å endre livsstil – det vil si å treffe sunnere valg.

Den antakelsen at livsstilen i forskjellige sosioøkonomiske grupper er valgt frivillig, er imidlertid ikke korrekt fordi det sosiale og økonomiske miljøet som folk lever i, har avgjørende betydning for å forme livsstilen deres (Stronks et al., 1996; Jarvis og Wardle, 1999). Ved å erkjenne at livsstil er strukturelt bestemt, settes søkelyset på hvor viktig det er med strukturelle tiltak for å redusere sosiale ulikheter i sykdommer som er relatert til livsstilsfaktorer. Slike tiltak omfatter finanspolitiske virkemidler som øker prisen på skadelige varer, og lover som begrenser tilgangen til disse produktene. Like viktig er det å fremme en sunnere livsstil ved å gjøre det lettere å velge sunne alternativer – for eksempel ved hjelp av offentlige subsidier og økt tilgang til sunn mat og fritidsanlegg.

Det kan være mye viktigere å iverksette slike strukturelle tiltak for lavinntektsgrupper enn for høyinntektsgrupper. Det understreker ytterligere hvor viktig det er med en kombinert tilnærming som tar hensyn til både strukturelle tiltak og helseopplysning for å bedre befolkningens helse generelt og redusere sosiale ulikheter i helse spesielt.

# I. Tobakkskontroll

## Generell helseeffekt

Røyking øker faren for å dø av lungekreft og mange andre kreftformer, hjertesykdom, slag og kroniske luftveissykdommer. Røyking er fremdeles den største atferdsrelaterte risikofaktoren i Europa selv om antallet dagligrøykere i de fleste vesteuropeiske landene gikk betraktelig ned mellom 1990 og 2005. Røyking dreper over en million menn og over 200 000 kvinner i WHOs europeiske region hvert år (Peto et al., 2004). Det er fremdeles svært mange menn som røyker i landene i Mellom-, Øst-Europa og SUS. Den russiske føderasjonen er et av landene i verden med flest røykere: 61% av russiske menn røykte i 2004. Det er ikke så mange kvinner som røyker, men antallet økte fra 9% i 1992 til 15% i 2004 (Walters og Suhrcke, 2005).

Helseskadene ved passiv røyking er mye større enn det folk vanligvis tror. I Sverige (som har en av de laveste andelene av røykere i Europa) dør det hvert år flere mennesker av passiv røyking enn i trafikkulykker (Det svenske helse- og sosialdirektoratet, 2001). Eksponering for tobakksrøyk i miljøet har vært forbundet med infeksjoner i de nedre luftveiene, krybbedød, astma, ischemisk hjertesykdom og forskjellige krefttyper. Dessuten øker mors røyking i svangerskapet risikoen for at barnet vil få lav fødselsvekt og dø i krybbedød (WHO, 2002).

De økonomiske kostnadene ved røyking er også svært høye. For eksempel anslø en studie i Ungarn at disse tobakksrelaterte kostnadene representerte et tap på 3,2% av BNP i 1998 (Szilágyi, 2004). De tilsvarende kostnadene i Tyskland ble anslått til 2% av BNP i 1993 (Welte, König og Leidel, 2000). De samlede kostnadene ved røyking i EU har blitt anslått til mellom 97 og 130 milliarder euro for år 2000, noe som tilsvarer mellom 211 og 281 euro per person og over 1% av regionens BNP (Ross, 2004).

## Effekt på helseulikheter

Den europeiske røykeepidemien har fulgt en vanlig trend. Til å begynne med finner man de fleste røykerne blant mer velstående menn, og etter en tids forsinkelse følger også kvinnene i denne sosioøkonomiske gruppen. Fase 2 i tobakksepidemien kjennetegnes ved at det blir færre røykere i de velstående gruppene mens det blir flere i lavinntektsgruppene, igjen først blant menn og så blant kvinner. I fase 3 blir det færre røykere i alle de sosioøkonomiske gruppene, men nedgangen er mye raskere i grupper med høy og midlere inntekt enn i lavinntektsgruppene. Antall kvinnelige røykere i lavinntektsgruppene kan til og med øke eller forbli på samme nivå i denne fasen (Graham, 1996). De nordeuropeiske landene har nådd denne tredje fasen i



den klassesifferensierte utbredelsen av røyking mens de søreuropeiske landene generelt sett befinner seg i en tidligere fase.

I den sentrale og østlige delen av Europa er det blant menn et fast mønster som viser en omvendt forbindelse mellom sosioøkonomisk status og røyking mens mønsteret blant kvinner er mindre klart (Walters og Suhrcke, 2005). I Den russiske føderasjonen var for eksempel andelen røykere i 1998 dobbelt så stor blant menn med lavere utdanning som blant menn med høyere utdanning (Carlson, 2001). I Ukraina var andelen røykere blant arbeidsledige menn 50% høyere enn blant menn som hadde arbeid. Det ble funnet enda større forskjeller blant ukrainske kvinner, der andelen røykere blant arbeidsledige kvinner var dobbelt så høy som blant kvinner med arbeid (Gilmore et al., 2001).

Den generelle reduksjonen i røyking i Europa er en stor seier for det offentlige helsevesenet, godt hjulpet av en stadig mer omfattende tobakkskontroll, som inkluderer både helseopplysning og strukturelle tiltak, f.eks. høye avgifter på tobakk. Effekten har imidlertid vært mye mindre vellykket i et *helselikhetsperspektiv* fordi de viktigste positive virkningene er oppnådd blant grupper med høy og middels inntekt, og dette har ført til vesentlig større sosiale helseulikheter. I land som Storbritannia kan de sosiale forskjellene i røyking nå statistisk sett forklare mange av de observerte forskjellene mellom forskjellige sosiale klasser når det gjelder dødelighet som følge av lungekreft og hjerte-karsykdom, samt de økende forskjellene i dødelighet blant middelaldrende menn i de siste 20 årene (Jarvis og Wardle, 1999).

Det er også sannsynlig at ulikhetsdimensjonen ved passiv røyking er ganske markert – særlig blant barn – med tanke på den sosiale gradienten i røyking og det faktum at folk fremdeles røyker innenfor hjemmets fire vegger. Et høyt antall røykere blant gravide kvinner er også skyld i at mange barn i forskjellige sosiale klasser blir utsatt for de negative effektene av passiv røyking selv før de blir født. Det er mer sannsynlig at medlemmer av spesifikke yrkesgrupper – for eksempel folk som arbeider på barer og restauranter – røyker, og i tillegg er det mye mer sannsynlig at de er utsatt for røykfylte miljøer enn andre yrkesgrupper.

Røyking er derfor en vesentlig determinant for sosiale ulikheter i helse i hele den europeiske regionen. I EU-landene er røyking årsak til omtrent en tredel av dødelighetsforskjellen mellom rike og fattige (Kyprianou, 2005).

## Mulige strategier for tobakkskontroll

Rammekonvensjonen om tobakkskontroll, som ble vedtatt av Verdens helseforsamling i mai 2003, og som trådte i kraft i februar 2005, er et langt skritt på veien mot den globale erkjennelsen av at det kreves sterke virkemidler i kampen mot røyking, f.eks. forbud mot reklame og høyere avgifter. Balansen mellom

tobakksindustriens investeringer og arbeid for å fremme bruken av tobakk og internasjonale og nasjonale helsetiltak for å redusere røyking går imidlertid (selv i Europa) fremdeles i favør av de kommersielle kreftenes helseskadelige framstøt. Når spørsmålet om tobakkskontroll sees på denne bakgrunnen, blir følgende politiske valg svært viktige i et utjevningsspektiv.

- Formulere mål for tobakkskontroll som spesifiserer ønskede forandringer etter sosioøkonomisk gruppe og kjønn. Målene for tiltak og programmer for tobakkskontroll i øyeblikket blir stort sett uttrykt som et ønske om å redusere tobakksforbruket i befolkningen som helhet. Spesifikke likhetsorienterte mål for å sikre større reduksjoner i røyking blant lavinntektsgrupper enn for gjennomsnittet samt reduksjoner i sosiale ulikheter i tobakksrelaterte sykdommer må nå komme i tillegg. Disse to typene likhetsmål er også viktige i land som er på et tidligere stadium av tobakksepidemien, for å unngå de negative trendene med økte ulikheter fordi tiltak for tobakkskontroll reduserer andelen røykere i befolkningen som helhet.
- Sørge for at det er høye priser på tobakksvarer ved hjelp av avgifter. Det å øke avgiftene på tobakk er sannsynligvis det mest kostnadseffektive tiltaket – også i et likhetsperspektiv. Dette gjelder særlig land med et høyt antall røykere slik som i mange øst- og mellom-europeiske land. Denne strategien sørger for å øke skatteinntektene og samtidig redusere røykingen. Det har blitt beregnet at for hver gang realprisene på tobakk går opp med 10% som følge av avgifter, faller tobakksforbruket generelt med mellom 2% og 10%. Studier viser også at virkningen relativt sett er større for unge røykere, for røykere med lav inntekt og (kanskje) for kvinner (WHO, 2002).
- Innføre forbud mot reklame. Reklame har større påvirkningskraft på de unge, og i noen land har tobakksannonserne benyttet en taktikk med spesifikt å rette kampanjene sine inn mot underprivilegerte grupper.
- Dybdeanalysere de implisitt helseskadelige tiltakene som tobakkselskapene har utviklet, når de sikter seg inn mot befolkningen generelt og mot de unge og de underprivilegerte grupper spesielt. Iverksette strenge tiltak når markedsføringskampanjer for tobakksprodukter bryter lovene for tobakkskontroll.
- Intensivere arbeidet med lokale tiltak for tobakkskontroll i underprivilegerte områder. Med tanke på at de fleste røykerne befinner seg i lavinntektsområder i europeiske land, er det viktig å gi høyere prioritet til disse områdene i form av økonomiske ressurser til røykeslutt på primærhelsenivå, skreddersydd kjønns-spesifikk helseopplysning for høyrisikogrupper (blant annet gravide kvinner) og samarbeid med fagforeningene om programmer for tobakkskontroll på arbeidsplasser med en stor andel røykere. Disse tiltakene bør baseres på

dyptpløyende analyser av hvorfor antallet røykere i disse gruppene holder seg høyt til tross for at det er alminnelig kjent at røyking utgjør en alvorlig helserisiko.

- Fremme konseptet om røykfrie babyer. Når fosteret utsettes for passiv røyking under morens svangerskap har det langsiktige negative virkninger, blant annet økende risiko for lav fødselsvekt, noe som i sin tur er relatert til større fare for forskjellige sykdommer senere i livet (Acheson et al., 1998). En viktig komponent i alle strategier for å redusere sosiale ulikheter i helse må derfor være å overbevise kvinner om at de bør la være å røyke når de er gravide. Hvis man skal hjelpe kvinner som lever i trange kår, altså de kvinnene som har vanskeligst for å slutte, må det tas både oppstrøms og nedstrøms initiativer. Oppstrøms må det settes inn tiltak for å bedre de materielle forholdene for kvinner som har det vanskelig, ved å øke den økonomiske støtten til familier med småbarn og fjerne barrierer som stenger dem ute fra arbeidslivet. Nedstrøms må det blant annet tas direkte initiativ for å begrense tilbudet og markedsføringen av tobakk, og det må gis praktisk støtte til kvinner som prøver å slutte (Acheson et al., 1998).
- Utarbeide skreddersydde røykesluttprogrammer. Det finnes overbevisende dokumentasjon på at røykesluttkampanjer er virkningsfulle, men effektene på de forskjellige sosioøkonomiske gruppene er ikke like klare. En analyse av 16 nyere studier rettet mot lavinntektsgrupper viste at halvparten av røykesluttprogrammene hadde effekt (Platt et al., 2002). Dette oppmuntrer til større innsats for å utvikle skreddersydde og kjønnsspesifikke programmer som er eksplisitt rettet mot å redusere røyking i lavinntektsgrupper.
- Utvikle og styrke lover som sikrer røykfrie arbeidsmiljøer, offentlige institusjoner og restauranter.

## II. Alkoholmisbruk

### Generell helseeffekt

På verdensbasis er alkoholmisbruk årsak til 1,8 millioner dødsfall i året, og alkohol medvirker dessuten til 20–30% av tilfellene av spiserørskreft, leversykdom, epilepsi, trafikulykker og voldsskader, deriblant drap. I Europa er alkohol en viktig determinant for dårlig helse og prematur død. Det har blitt påpekt at det svært høye alkoholforbruket i Mellom- og Øst-Europa har vært en hovedårsak til den dramatiske nedgangen i forventet levealder i 1990-årene. Alkohol har også generert betydelige kjønnsforskjeller i dødelighet fordi den hovedsakelig har bidratt til økningen i dødelighet blant middelaldrende menn (Cockerham, 2000). Ni land i Mellom- og Øst-Europa har den høyeste alkoholrelaterte sykdomsbyrden i verden (WHO's regionkontor for Europa, 2005a). WHO har beregnet at alkoholmisbruket i

Øst-Europa bidrar til 50–75% av alle tilfellene av drukning, spiserørskreft, drap, utilsiktede skader, trafikkulykker og levercirrhose (WHO, 2002).

I den europeiske regionen er det imidlertid svært betydelige forskjeller mellom landene. Sykdomsbyrden som tilskrives alkoholmisbruk i Europa, går fra 3% til 4% i land som Hellas, Israel, Norge, Sverige og Tyrkia til over 15% i Estland, Latvia og Den russiske føderasjonen og opp til 20% i Moldova (WHOs regionkontor for Europa, 2005a). Alvoret i den alkoholrelaterte dødeligheten i Den russiske føderasjonen ble understreket i president Putins tale til nasjonen i 2005 (Putin, 2005) da han sa følgende: "I Russland dør det hvert år ca. 40 000 mennesker bare av alkoholforgiftning."

## Effekt på helseulikheter

Det sosiale mønsteret i alkoholmisbruk i Europa er komplekst og varierer etter kjønn. Noen land har en sosial gradient blant menn med økende alkoholforbruk med synkende sosioøkonomisk posisjon, mens andre land har et høyt forbruk over hele det sosiale spekteret. En studie i 11 EU-land viste at alkoholforbruket var betydelig høyere blant menn med lav utdanning i Hellas, Irland og Portugal – land som også lå på topp i alkoholforbruk i befolkningen generelt (Cavelaars, Kunst og Mackenbach, 1997). Den samme studien viste at kvinners alkoholforbruk var mye mindre enn menns i alle de 11 landene, og at det ikke var signifikante forskjeller etter utdanningsgruppe.

I de sentrale og østlige delene av regionen viser alkoholforbruket blant menn sterke sosiale gradienter. I Den russiske føderasjonen for eksempel sa 40% av mennene i den fattigste femdelen av befolkningen at de drakk brennevin hver dag sammenlignet med 22% i den nest fattigste gruppen og 12–13% i de mer velstående delene av befolkningen (Verdensbanken, 2004). En gjennomgang (Walter og Suhrcke, 2005) av mange av landene i Mellom-, Øst-Europa og SUS konkluderte med at en vanskelig økonomisk situasjon var nært forbundet med et høyt alkoholinntak og en mer risikopreget drikkeatferd. I gjennomgangen ble også psykososiale faktorer framholdt som den viktigste årsaken til at det oppstod sosiale helseulikheter. Det ble også hevdet at "alkohol kan være en av de viktigste årsakene til at psykososialt stress fører til dårligere helse og høyere dødelighet."

Enda en vei til alkoholrelaterte ulikheter i helse er nå i ferd med å avtegne seg. Når alkoholmisbruket er på et gitt nivå, kan helseskadene det forårsaker, være større for kroppsarbeidere enn for folk med høy utdanning. I Sverige var for eksempel alkoholrelaterte sykdommer og skader to til tre ganger så utbredt blant kroppsarbeidere som blant statstjenestemenn selv når alkoholforbruket deres var omtrent likt (Hemmingsson et al., 1998). Det ser særlig ut til at ufaglærte mannlige

kroppsarbeidere har økt mottakelighet for skadevirkningene av alkohol. Denne forskjellen i virkning kan forklares med forskjeller i drikkevaner og sosiale sikkerhetsnett. I noen land har ufaglærte arbeidstakere som misbruker alkohol, en tendens til drikke svært mye i helgene (helgefyll) mens statstjenestemenn med det samme misbruksnivået gjerne fordeler forbruket sitt på alle ukedagene. Helgefyll er langt vanligere i de lavere enn i de høyere sosioøkonomiske gruppene, noe som bekreftes av undersøkelser foretatt i land som Armenia, Hviterussland, Georgia, Kasakhstan, Kirgisistan, Moldova og Den russiske føderasjon (Pomerleau og McKee, 2003), samt i de nordiske og vesteuropeiske landene (Mackenbach, 2005).

Drikkevanene til kroppsarbeidere kan også være mer krevende for kroppen, og faren for å bli utsatt for ulykker og skader er større på grunn av den typen arbeid de utfører. I tillegg er det større sjanse for at statstjenestemenn har et bedre sosialt nettverk både hjemme og på jobben enn kroppsarbeidere. Da blir også de negative effektene av alkoholmisbruket mer begrenset blant de førstnevnte. En statstjenestemann som kommer full på jobben, har større sjanse til å få medisinsk hjelp for alkoholmisbruket sitt. En full kroppsarbeider derimot har større risiko for å bli oppsagt fra jobben. Kroppsarbeideren har da større risiko for å komme inn i en ond sirkel av dårlig helse som følge av arbeidsledighet og økonomisk stress, som igjen fører til flere sosiale problemer og økt alkoholforbruk.

Hvor mye av den sosiale gradienten i dødelighet kan alkoholmisbruk forklare? Dette varierer mye fra land til land. I Finland, som har et stort alkoholmisbruk, representerte alkoholrelatert dødelighet 14% av de observerte sosiale ulikhetene i dødelighet blant menn, 4% blant kvinner og 24% og 9% av de sosiale forskjellene i forventet levealder for henholdsvis menn og kvinner (Mäkelä, Valkonen og Martelin, 1997).

Det oppstår dermed en dobbel negativ effekt på økte sosiale ulikheter som følge av alkoholmisbruk: Menn i lavere sosioøkonomiske grupper har både en tendens til å drikke mer enn resten av befolkningen og dessuten oppleve større negative helseeffekter ved et gitt overforbruk. Det varierer fra land til land i hvilken utstrekning alkohol kan forklare den sosiale gradienten i dødelighet og sykelighet.

## Mulige strategier for en alkoholpolitikk

De alkoholpolitiske tiltakene på alle nivåer – internasjonalt, nasjonalt og lokalt – må ta hensyn til menn og kvinners forskjellige behov siden det er klart at hovedproblemene er svært forskjellige for de to kjønnene. Tiltakene må også integrere et helsehelseperspektiv for å fjerne alkoholmisbruket. De politiske valgene som kan foretas for å oppnå denne integrasjonen, omfatter blant annet følgende.

- Utarbeide eller opprettholde finanspolitiske tiltak for pris på og tilgang til alkohol. Det mest effektive virkemiddelet for å redusere alkoholforbruket er å øke prisen og begrense tilgangen. Dette er en av hovedgrunnene til at land som Sverige, som på midt på 1990-tallet hadde høye avgifter og restriksjoner på tilgangen, hadde de laveste nivåene av alkoholrelaterte sykdommer og skader i Vest-Europa (Diderichsen, Dahlgren og Vågerö, 1997). Det er også helt avgjørende å bruke pris som verktøy for å redusere sosiale ulikheter i helse med tanke på de forskjellige helseeffektene av alkoholmisbruk som er beskrevet over.
- Fjerne de oppstrøms årsakene til alkoholmisbruk i et samfunn – for eksempel arbeidsledighet og sosial ekskludering som fører til problemdrikking. Utvikle sosiale støttesystemer på jobben og i samfunnet for å redusere de ekstra negative helseeffektene av alkoholmisbruk som er typiske i de lavere sosioøkonomiske gruppene.
- Analysere den implisitt helseskadelige politikken som fremmes av alkoholindustrien og internasjonale avtaler der alkohol behandles som et hvilket som helst annet markedsprodukt.
- Gå inn for internasjonale avtaler for å fremme en sunn offentlig alkoholpolitikk på den samme måten som i økende grad aksepteres for tobakkskontroll. Det omvendte – en politikk med lave avgifter og svært få begrensninger på tilgangen til alkohol – er mer lønnsomt i et kommersielt perspektiv, for det øker forbruket. I EU ser trenden i øyeblikket ut til å være at de kommersielle interessene betraktes som viktigere enn hensynet til folkehelsen. Følgen er at land som Sverige må lempe på importrestriksjonene og overveie å redusere de høye avgiftene på alkohol.
- Utarbeide skreddersydde helseopplysningsprogrammer. Isolerte, generelle helseinformasjonskampanjer som fokuserer på de negative effektene av alkoholmisbruk, har gjerne en temmelig begrenset virkning. Det er urealistisk å tro at de negative helseeffektene av reduserte priser og økt tilgang kan fjernes ved mer informasjon om farene som er forbundet med et høyt alkoholforbruk. Imidlertid kan skreddersydde helseopplysningsprogrammer rettet mot høyrisikogrupper sammen med strukturpolitiske tiltak for å begrense tilgangen til alkohol være effektive. Det må gjøres en spesiell innsats for å nå fram til ungdom, gravide kvinner og ledere på arbeidsplassene.

### III. Kosthold, fysisk aktivitet og fedme

#### Generell helseeffekt

Et usunt kosthold med for mye fett og sukker og for lite frukt og grønnsaker er sammen med mangel på fysisk aktivitet store og stadig viktigere determinanter for dårlig helse og prematur død i hele Europa. Overvekt og fedme – det vil si en kroppsmasseindeks (BMI) på 30 eller mer – antas å ta livet av ca. 320 000 mennesker i 20 land i Vest-Europa hvert år. Forekomsten av fedme er også høy i noen områder i Øst-Europa og er tredoblet siden 1980 (WHO, 2002). 20–30% av den voksne befolkningen i mange europeiske land er nå rammet av fedme, og dette gjelder også i økende grad barn. WHOs regionkontor for Europa anslo at ca. en tredel av hjerte-karsykdommene skyldes et ubalansert kosthold, og at 30–40% av krefttilfellene kunne vært unngått med et bedre kosthold (WHO, 2001). En rapport ble presentert på EUs toppmøte om helseulikheter som i oktober 2005, konkluderte med at “fedme truer med å bli en epidemi i mange land i Europa” (Mackenbach, 2005).

Omvendt kan kosthold i kombinasjon med økt fysisk aktivitet bidra til å beskytte helsen. Det er for eksempel stadig mer dokumentasjon som tyder på at et kosthold med mye frukt og grønnsaker kan bidra til å beskytte folk mot alvorlige sykdommer som hjerte-karsykdom og mange former for kreft i fordøyelsessystemet (WHO, 2002). WHO anslår for eksempel at en økning i forbruket av frukt og grønnsaker med en faktor på to til fire i Mellom- og Nord-Europa ville senke den totale sykdomsbyrden med 4,3% blant menn og 3,4% blant kvinner i den europeiske regionen (WHO, 2002)). Regelmessig fysisk aktivitet reduserer også risikoen for hjerte-karsykdom, enkelte former for kreft og type 2-diabetes (ikke-insulinavhengig diabetes) (WHO, 2002). Folk i Øst-Europa driver minst fysisk aktivitet, og der er mangelen på dette årsak til 8–10% av alle dødsfall sammenlignet med 5–8% i andre europeiske land (Lynch et al., 1997).

#### Effekt på helseulikheter

Ulikheter i helse som følge av kostholdsforskjeller er svært framtrødende hos fattige mennesker, som ikke har råd til å kjøpe den maten som må til for å unngå underernæring. Men helseulikehetene som følge av kostholdsforskjeller finnes også i høyinntektsland og helt fra livets begynnelse. Det er betydelig lavere sannsynlighet for at kvinner nederst på den sosiale rangstigen i Storbritannia for eksempel ammer sine barn. Dette gir en femdobbel risiko for at disse barna skal bli innlagt på sykehus med vanlige infeksjonssykdommer i det første leveåret (Det britiske helsedepartementet, 2003).

Forskjellene fortsetter etter spedbarnsstadiet. Usunt kosthold, for lite fysisk aktivitet og fedme sammen med et helt knippe av andre og langt vanligere risikofaktorer finnes oftere i lavinntektsgrupper enn i mer velstående grupper. I EU for eksempel har lavinntektshusholdningene det laveste forbruket av frukt og grønnsaker (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2003). Kvinner i de lavere sosioøkonomiske gruppene i Øst-Europa har spesielt stor risiko for å spise for lite frukt og grønnsaker (WHO, 2002).

Fysisk aktivitet i fritiden er mindre vanlig i lavere enn høyere sosioøkonomiske grupper (Tenconi et al., 1992; Lynch, Kaplan og Salonen, 1997). I Sverige for eksempel er det halvparten så vanlig blant folk med begrenset utdanning å drive fysisk aktivitet på fritiden som blant folk med høyere utdanning (Socialstyrelsen, 2005).

Den sosiale gradienten for fedme i den europeiske regionen er knyttet til nivået på den økonomiske utviklingen. I land med lavere inntektsnivåer, f.eks. Aserbajdsjan og Usbekistan, er fedme vanligst i de mer velstående gruppene. Så er det en overgang til mer fedme blant folk i lavinntektsgrupper i land som Tsjekia og Polen. Det er også blitt mer fedme i Estland, men det er bare blant kvinner at det er funnet en signifikant sosial gradient (Klumbiene et al., 2004). Denne omvendte sammenhengen mellom inntekt og fedme er svært markant i mange vesteuropeiske land. Land med en svært bratt sosial gradient for både menn og kvinner er for eksempel Belgia, Danmark, Tyskland, Nederland og Storbritannia. I de søreuropeiske landene er det små sosiale forskjeller i overvekt, f.eks. Hellas, Portugal og Spania (Cavelaars, Kunst og Mackenbach, 1997).

Fedme blant barn av foreldre med lavere utdanningsstatus finnes også i mange land i hele den europeiske regionen. I Tsjekia er det for eksempel dobbelt så sannsynlig at barn av foreldre med mindre utdanning rammes av fedme enn barn av foreldre med høyere utdanningsstatus (Walters og Suhrcke, 2005).

Det motsatte av fedme er underernæring, og dette er fremdeles et problem i mange land i den europeiske regionen – særlig i landene i Mellom-, Øst-Europa og SUS. Underernæringsbyrden i denne delen av regionen bæres av de fattige og har økt i tiden etter Sovjetunionens fall (Walters og Suhrcke, 2005). For eksempel økte underernæringen blant de svært unge og gamle i Den russiske føderasjonen mellom 1992 og 2000. Forekomsten av lav høyde i forhold til alderen blant 2 til 6 år gamle barn økte fram til år 2000 da situasjonen bedret seg noe. Økningen i antall undervektige unge voksne var på 77% mellom 1992 og 2003. I Aserbajdsjan led 11% av den fattigste femdelen av befolkningen av underernæring i 2001 sammenlignet med 8% av den rikeste femdelen av befolkningen (som fremdeles er en høy forekomst).



Med tanke på den generelle helseeffekten av disse risikofaktorene og det sosiale mønsteret er det svært viktig å arbeide for et sunnere kosthold og mer fysisk aktivitet blant lavinntektsgruppene – også sett i et helsehelseperspektiv.

## Strategier og tiltak for kosthold og fysisk aktivitet

Helseutjevningssaspektet blir ofte oversett, selv når det settes i verk omfattende tiltak for å fremme et sunnere kosthold og mer fysisk aktivitet. Dette kan delvis skyldes temmelig begrenset forskning på årsakene som fører til de observerte sosiale ulikhetene i kosthold, fysisk aktivitet og fedme. Dessuten er det sjelden at det tas hensyn til de strukturelle determinantene for en slik livsstil. I denne situasjonen har generelle helseopplysningskampanjer alene en tendens til å være lite effektive blant dem som er mest utsatt, mens offentlige investeringer i fritidsanlegg hovedsakelig er til nytte for de mer velstående gruppene. Selv når gjennomsnittstallene for befolkningen som helhet viser forbedringer, for eksempel at folk har et sunnere kosthold og mosjonerer mer, er det sannsynlig at helsekløften utvider seg fordi de *sunnere vanene* først og fremst forekommer i de mer privilegerte gruppene. Utfordringen er å utforme en politikk og iverksette tiltak som har størst positiv effekt for de vanskeligst stilte i samfunnet. Utgangspunktet for disse strategiene bør være den virkeligheten som oppleves av og de interessene som uttrykkes av folk i lavinntektsgruppene. De følgende eksemplene illustrerer hva dette kan bety i praksis.

- Evaluere effektene av helsehelse på de viktigste retningslinjene for den europeiske landbrukspolitikken for å se om denne politikken bidrar til å hindre tilgang til et sunt kosthold for lavinntektsgruppene. Visse deler av EUs felles landbrukspolitikk (CAP) hindrer for eksempel et sunnere kosthold. En nyere analyse av helseeffekten av CAP, som ble utført av det svenske folkehelseinstituttet, konkluderte med at denne politikken “hindrer at det oppnås livsstilsendringer som reduserer risikoen for fedme, hjerteinfarkt, type-2 diabetes, kreft og alkoholrelaterte sosiale og medisinske problemer – sykdommer som forårsaker over 70% av alle dødsfall i EU-regionen” (Det svenske folkehelseinstituttet, 2003). Dette er fordi CAP begrenser forbruket av frukt og grønnsaker blant lavinntektsgruppene ved å øke prisene mens den samtidig oppmuntret til forbruk av animalsk fett fra meieriprodukter. Disse evalueringene bør derfor følges av en handlingsplan for å fremme et sunnere kosthold, og dette arbeidet må gjøres i fellesskap av ansvarlige politiske og profesjonelle organer. De beslutningene som fattes eller ikke fattes, må gjennomgås med jevne mellomrom, analyseres og offentliggjøres på bred basis slik at både sunne og usunne politiske vedtak kan tydeliggjøres.
- Utarbeide utjevningorienterte nasjonale strategier for å utvikle og legge

forholdene til rette for et rimeligere og sunnere kosthold og flere muligheter for fysiske aktiviteter på fritiden. Disse strategiene bør også inneholde bestemmelser om periodisk å vurdere utbredelsen av usunt kosthold og mangelen på tilbud om fysiske aktiviteter på fritiden, samt hvor mye underernæring og fedme det er i hver sosioøkonomiske gruppe. Det bør da settes i verk spesielle tiltak for å finne drivkreftene bak den økte fedmetrenden i befolkningen som helhet og i lavinntektsgruppene spesielt.

- Samarbeide med matvareindustrien og cateringbedriftene om å øke den ernæringsmessige kvaliteten på ferdiglaget mat.
- Servere gratis skolelunsjer av god kvalitet og begrense tilgangen til mindre sunne matvarer og søtsaker på skolens område.
- Øke tilbudet på og tilgangen til frukt og grønnsaker og andre produkter med lavt fettinnhold – særlig i områder med lavinntektsgrupper. Øke den økonomiske støtten til lavinntektsfamilier med barn slik at det blir mulig for dem å velge et sunnere kosthold.
- Utvikle skreddersydde helseinformasjonsprogrammer om sunn mat for spesifikke målgrupper. Disse bør følges av strukturendringer som gjør det lettere å legge om kostholdet. For eksempel har en fagforening i Sverige satt i gang et slikt program for lastebilsjåfører. I tillegg til informasjon til sjåførene og deres familier omfatter programmet sunnere alternative retter på de serveringsstedene langs hovedveiene som oftest besøkes av sjåførene (Dahlgren, 1997).
- Innføre eller opprettholde strenge regler for og streng kontroll med annonser og reklame som er rettet mot barn, og som oppmuntrer til å spise usunn mat (mat og søtsaker som er rike på fett eller sukker og salt eller begge deler).
- Prioritere offentlige investeringer i fritidsanlegg i underprivilegerte områder. Gjøre det lettere å renovere lekeplasser på skoler og førskoler slik at de inspirerer barna til å leke, bevege seg og oppholde seg utendørs. Det er også viktig å tenke spesielt på interessene til overvektige barn.
- Overvåke framgangen i arbeidet ved periodisk å beregne de offentlige investeringene eller subsidiene per person i fritidsanlegg i bedrestilte og mindre privilegerte områder. Når det gjelder fysisk aktivitet, bør det gjøres undersøkelser som viser bruken av forskjellige fritidsanlegg i mindre privilegerte områder etter sosial bakgrunn og tidligere vaner.

# DEL C:

## Utvikling av utjevningsorienterte strategier for helse

### Strategier for å redusere helseforskjellene

Strategier for å redusere sosiale ulikheter i helse bør betraktes som en integrert del av befolkningsbaserte politiske tiltak og programmer for helseutvikling. Man bør alltid ha det sosiale aspektet ved denne generelle politikken for øye – på samme måte som alder og kjønn. De generelle kravene ved å omsette planer i handling gjelder også når man utvikler, implementerer og evaluerer strategier for å redusere sosiale ulikheter. Disse generelle kravene bør omfatte følgende punkter:

- tilgjengeligheten til relevante og gode beskrivende data om omfanget av og trendene i sosiale helseulikheter og deres viktigste determinanter
- eksistensen av eksplisitte, likhetsorienterte mål som er direkte knyttet til politikken og de tiltakene og økonomiske ressursene som kreves for å iverksette strategiene
- en realistisk vurdering av muligheter og begrensninger, med spesiell vekt på eksterne usunne politiske tiltak og handlinger som fører til helseulikheter, og
- adekvate administrative ressurser for å iverksette tiltakene, blant annet effektive mekanismer for sektorovergrepene samarbeid og koordinering på nasjonalt og lokalt nivå

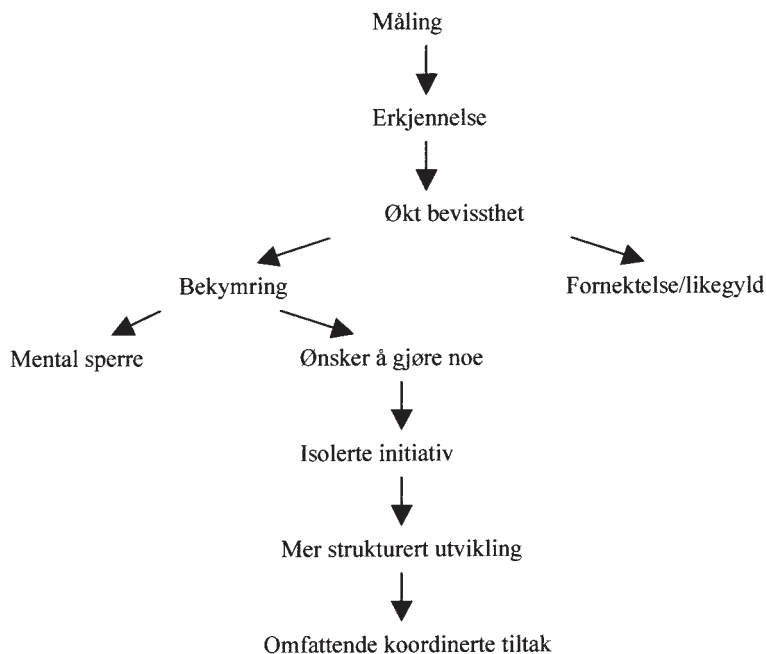
I dag er det mye økonomisk og kommersiell politikk med betydelig effekt på helsen som ikke analyseres i et helseperspektiv. For å bedre denne situasjonen anbefales det i tillegg at alle politiske tiltak og programmer som sannsynligvis vil ha betydelig positiv eller negativ effekt på helsen, alltid skal vurderes i et helseperspektiv. Når det er mulig, bør disse analysene av helseeffekt beskrive helsevirkningene etter kjønn og sosioøkonomisk gruppe.

## Tiltaksspekteret i Europa

En undersøkelse av hva som faktisk skjer i Europa i dag, viser at det er satt i verk en rekke tiltak for å rette på sosiale ulikheter i helse (se **fig. 5**). I den ene enden av spekteret er det land som ikke måler, og for øvrig ikke innrømmer, at det finnes sosiale forskjeller innenfor deres grenser. Hvis det ikke måles, vil ulikhetene (bekvemst nok) forbli usynlige. Noen europeiske land har svært avanserte informasjons- og overvåkingssystemer som registrerer helseforskjeller, men informasjonen kommer ikke videre ut til publikum – i pre-erkjennelsesdelen av spekteret. Andre sørger for å få informasjonen offentliggjort, men bevissthetsnivået rundt informasjonen er svært lavt siden det har vært liten aktivitet for å publisere dataene. Noen land som har en økt bevissthet om problemet, kan fornekte det og stille seg likegyldig, og dermed blir det ikke gjort noen forsøk på å sette i verk tiltak. Andre har reagert med bekymring når de blir klar over den helseulikheten som finnes innenfor grensene deres – særlig de som roser seg over å ha oppnådd et rettferdig samfunn. Denne bekymringen blir imidlertid til en slags mental sperre i noen land når de begynner å tenke på kompleksiteten i problemet, og dette kan gjøre at de reagerer med å kreve mer forskning før det blir aktuelt å gå til handling. Det er likevel stadig flere tegn på bevegelse langs alternative veier, og noen land setter i verk tiltak, selv om de i begynnelsen er nokså ubetydelige. I den motsatte enden av spekteret er det noen få land som beveger seg mot en koordinert nasjonal strategi for å angripe problemet (Whitehead, 1998).

Selv om framgangen noen steder har vært imponerende, er det ennå ingen europeiske land som har kommet så langt at de har utformet en omfattende, koordinert politisk handlingsplan. Noen land har imidlertid beveget seg i motsatt retning som svar på endringer i det politiske klimaet. Denne uensartede europeiske reaksjonen viser tydelig hva som kan oppnås når det finnes vilje til å foreta seg noe. Landene i den europeiske regionen har potensial til å lære av hverandre, og det inkluderer også det å sette mål og vurdere fordelene og ulempene ved de forskjellige strategiene, som vist under.

**Fig. 5. Tiltaksmønsteret i ulikheter i helse**



*Kilde:* Whitehead (1998).

Det er ofte stor avstand mellom politiske erklæringer om å redusere sosiale ulikheter i helse og de tiltakene som kreves for å nå dette målet. Det er svært få eksempler på dybdeanalyser som prøver å forklare hovedgrunnene til denne avstanden. De følgende begrensningene og mulighetene er imidlertid vel verdt en nærmere analyse.

- **Mangel på politisk vilje.** Det er ikke sikkert at det er samsvar mellom politiske erklæringer om å redusere sosiale helseulikheter og politisk vilje til å fjerne determinantene for disse ulikhetene.. En prøve på politikk vilje kan være i hvilken grad ulike politiske partier aksepterer eller forkaster politiske handlingsalternativer, for eksempel de vi har presentert i denne rapporten. I den demokratiske politiske prosessen kan det settes i verk spesielle tiltak for å sette søkelyset på og diskutere alternative politiske valg som påvirker de forskjellige helsedeterminantene.
- **Mangel på kunnskap.** Selv der det finnes politisk vilje, er det ofte en genuin mangel på effektive strategier for å omsette politiske mål i handling. Hvis ingen

kan foreslå tiltak for å bedre situasjonen, kan den politiske viljen forsvinne siden det er lite sannsynlig at politikerne vil fortsette å gi høy prioritet til problemet. Noen forskere kan mene at den eksisterende kunnskapen er ufullstendig og kreve absolutt dokumentasjon før de kommer med råd. De vil da sannsynligvis reagere med å be om ekstra forskningsmidler istedenfor å komme med den best mulige informasjonen i den gitte situasjonen. Det kan også hende at høyst relevante fakta og erfaringer forblir ukjent fordi de bare presenteres i et akademisk språk i vitenskapelige fagblader som verken er tilgjengelige eller særlig forståelige for ikke-spesialister. Politisk relevante sammendrag av forskningsresultater og erfaringer kan bidra til å bygge bro over denne kløften mellom politikere og forskere og kan øke mulighetene for å omsette de politiske målene i handling.

- **Mangel på økonomiske ressurser.** Politiske tiltak for helse og livskvalitet blir ofte presentert og diskutert som om de kan gjennomføres uten at det må bevilges mer penger. Som regel koster det penger, og derfor har tiltakene lett for å komme i bakgrunnen når politikerne skal vedta budsjettet og fordele økonomiske og menneskelige ressurser på nasjonalt og lokalt plan. Når slike tiltak blir foreslått, bør det alltid beregnes hvor mye penger og ressurser som kreves, og målene må justeres i forhold til de midlene som bevilges. I dette henseendet er investeringer i helse synonymt med andre investeringer i sosial og økonomisk utvikling.
- **Mangel på koordinerende og administrativ kapasitet.** Sektorovergrepene helsepolitikk og -programmer mangler noen ganger en koordinerende og støttende administrasjon, både på nasjonalt og lokalt nivå. I dette tilfellet bør det gis høy prioritet til oppbygging av kapasitet, noe som kan omfatte sterk politisk ledelse representert ved en egen minister for folkehelse (i tillegg til en minister for helsetjenester), et sterkt folkehelseinstitutt og lokale sektorovergrepene direktorater. Administrasjons- og koordineringsfunksjonene som er utviklet for å gjennomføre sektorovergrepene miljøpolitikk, er nyttige rettesnorer når man skal prøve å styrke disse funksjonene for å iverksette livsorientert helsepolitikk.
- **Mangel på eierskap.** Selv når det gjøres forsøk på å integrere helse i andre sektorer, er det en risiko for at det betraktes kun som et medisinsk anliggende, og ikke et tema som angår tiltak innenfor sosialpolitikk og økonomisk politikk. Et tydelig formulert ansvar for alle iverksettende organer med ansvar for spesifikke helsedeterminanter kan bidra til å motvirke dette problemet. Det ville også være nyttig å sette spesifikke kort- og langsiktige livs mål for bedre helse og for spesifikke helsedeterminanter.

- **Mangel på revisjon og evaluering.** Likhetsorientert helsepolitikk blir sjelden evaluert, og derfor har det ingen alvorlige konsekvenser for dem som har ansvar for å gjennomføre de politiske vedtakene. Dessuten planlegges og gjennomføres det viktige politiske tiltak og programmer på det økonomiske og sosialpolitiske området uten at helseeffekten vurderes. For øyeblikket er det mange land som ser nærmere på disse manglene i form av periodiske helsepolitiske revisjoner og evaluering av helselikehetseffekten.

## Sette mål for utjevnete helseforskjeller

Retten til den høyest oppnåelige standarden for fysisk og psykisk helse er en menneskerett som støttes av nesten alle land. Helsestatusen til de mer velstående gruppene kan indikere hvilket helsenivå det er mulig å nå i et gitt land på et gitt tidspunkt. I dette henseendet bør man sette spesifikke helselikehetsmål som angir hvor mye dette helseskillet kan reduseres innenfor en viss tidsperiode, i tillegg til målene for hele befolkningen. Gjennomsnittlige helsemål for hele befolkningen kan aldri ta opp i seg denne menneskerettslige siden av helse, for målene kan nås selv når de fattige ikke opplever noen forbedringer og helseskillet bare øker.

WHO's regionkontor for Europa var en pioner på denne type helselikehetsmål. Da strategien om helse for alle ble lansert tidlig på 1980-tallet, uttalte organisasjonen følgende om det aller første helsemålet: "Ved utgangen av år 2000 bør forskjellene i helse mellom landene og mellom grupper innen et land være redusert med minst 25%. Dette kan skje ved å heve helsenivået til underprivilegerede land og grupper" (WHO's regionkontor for Europa, 1985).

Det viste seg å være et viktig visjonært verktøy og ga målet om helselikehet en synlig profil og troverdighet selv når nasjonale regjeringer prøvde å avfeie eller overse eksisterende sosiale helseulikheter i sine egne land (Whitehead, Scott-Samuel og Dahlgren, 1998). Det lyktes imidlertid ikke å nå dette målet siden helseskillet økte i denne perioden i de fleste, om ikke i alle, de europeiske landene.

Helselikehetsmålet for Europa har blitt videreutviklet i "Helse 21"-strategien fra WHO's regionkontor for Europa. Her gjentas det at kløften i forventet levealder mellom sosioøkonomiske grupper bør reduseres med minst 25%, og det blir sagt at de sosioøkonomiske forholdene som fører til negative helseeffekter – særlig inntektsforskjeller, lav utdanning og begrenset tilgang til arbeidsmarkedet – bør reduseres. I tillegg innebærer målene at andelen mennesker som lever i fattigdom, skal reduseres kraftig.

Nå har de fleste europeiske land generelle helsepolitiske mål som sier at helseulikhetene skal reduseres (Judge et al., 2005), men det er fremdeles svært få eksempler på kvantifiserte likehetsmål med støtte i spesifikke strategier og

økonomiske ressurser. Det er dermed sjelden å se at det foreligger praktiske planer for å redusere de betydelige og unødvendige helseforskjellene som finnes.

Det er imidlertid tegn som tyder på at helseulikhet er et spørsmål som kan komme høyere opp på den politiske dagsordenen i flere og flere land og i noen internasjonale organisasjoner i tillegg til WHO. Det eksisterer kvantifiserte helselikhetsmål som snart kan være gjennomførbare – for eksempel i Finland, Nederland og Storbritannia – og forslag om slike mål er underveis i Norge. Kvantitative likhetsmål blir også vedtatt på lokalt nivå selv når det ikke foreligger nasjonale mål for utjevning av helseforskjeller. Dette er tilfellet i Spania, der den baskiske regionen for eksempel har satt som mål å redusere de sosiale forskjellene i dødelighet som følge av kretsløpssykdommer fra 39% i 2002 til 30% innen 2010 (Judge et al., 2005). Ulikheter i helse ble også valgt som ett av to hovedhelsetemaer da Storbritannia overtok formannskapet i EU i 2005. På EUs toppmøte om helseulikheter i oktober 2005 ble det anbefalt at medlemsstatene i EU burde overveie å vedta likhetsmål med sikte på å jevne ut den sosiale gradienten i helse (Judge et al., 2006). Det ble også sagt at innsatsen for å virkeliggjøre slike mål ville bidra til å oppfylle et av EUs strategiske mål – å arbeide for et mer sammensveiset samfunn (Judge et al., 2005:40).

### Praktiske sjekkpunkter når det skal settes nasjonale mål

Det er viktig å tenke på følgende prinsipper når det skal settes nasjonale mål.

- Målet må alltid være utjevning ved å *heve* helsestandarden til de dårligst stilte i samfunnet. Utjevning må aldri skje ved å *redusere* helsestatusen til de bedrestilte gruppene.
- Hvis helseskiellet skal bli mindre, må helseforbedringene være *større* for de underprivilegerte gruppene enn for mer privilegerte grupper. Det å redusere sosiale ulikheter i helse betyr å *bygge ned et skille*. Likhetsmål bør derfor ikke bare uttrykkes som bedring av helsen for underprivilegerte grupper, men også som absolutte eller relative forskjeller mellom høy- og lavinntektsgrupper. Her er et eksempel fra Storbritannia på et slikt nasjonalt mål for helseulikhet: “Innen utgangen av 2010 er målet en reduksjon på minst 10% i dødelighetsforskjellene mellom grupper med rutine- og manuelt arbeid i England og befolkningen som helhet, sammenliknet med perioden 1997-99. Dette gjelder først barn under 1 år” (Det britiske helsedepartementet, 2003).
- Ulikheter i helse eksisterer ikke bare mellom de mest og de minst privilegerte gruppene i samfunnet, men også ofte mellom grupper med middels og lav inntekt. Disse ulikhetene kan lettest beskrives ved hjelp av en sosial gradient. Det er fremdeles svært få land som har satt helselikhetsmål som skal fjerne denne



sosiale gradienten – for eksempel mål om at forventet levealder ved fødselen skal være lik for alle sosiale grupper.

- Alle helseleksmål bør være basert på analyser av de viktigste determinantene som påvirker de observerte ulikhetene i helse. Det bør så gjøres en spesiell innsats for å anslå den potensielle virkningen på forskjellige politiske vedtak og tiltak som gjelder disse determinantene, for å vurdere hvilke endringer som kreves for å nå de erklærte målene for helselekshet.

## Hovedstrategier

Det brukes forskjellige typer strategi for å gjennomføre de forskjellige lkhetsorienterte helsepolitiske vedtakene avhengig av hva slags helseproblem det gjelder, men alle burde ta utgangspunkt i en sosial determinant. Ved å bruke utgangspunktet med sosiale determinanter kan det skilles ut følgende fem typer strategi: integrerte determinanter i helsestrategier, sykdomsspesifikke strategier, miljøtilnæringer og gruppespesifikke strategier.

### 1. Integrerte determinanter i helsestrategier

En av de mest effektive strategiene er å integrere helseutjevningssmål i eksisterende økonomisk politikk og sosialpolitikk og i tiltak som vedrører økonomisk vekst, skatter, sysselsetting, utdanning, bolig, sosial sikkerhet og transport- og helsetjenester. En analyse av helselekshetseffektene av slike politiske tiltak som påvirker helse-determinantene, ville være et langt skritt i riktig retning. Hovedspørsmålene som må stilles i forbindelse med integrasjonsprosessen, er: Hvordan påvirker denne politikken eller dette programmet helsen til forskjellige sosiale grupper med tanke på alder og kjønn, og hva kan gjøres for å optimalisere den positive helseeffekten for befolkningen generelt og for underprivilegerte grupper spesielt?

For å besvare slike spørsmål må det gis høyest mulig prioritet til utvikling og bruk av analyseverktøy for helseutjevningseffekter. Det må gjøres en ekstra innsats for å vurdere helseeffekten av en helseskadelig næringspolitikk og for øvrig all annen politikk som skaper sosiale helseulikheter. Vurderinger av effekten på helselekshet bør – akkurat som med analyser av virkningen på miljøet – inngå som en normal del av all vurdering av offentlige og næringsmessige tiltak og programmer som med sannsynlighet kan ha positive eller negative helseeffekter. Det kan bli nødvendig å nedfelle i lover eller forskrifter at slike analyser av helsevirkninger skal være obligatoriske.

## 2. Sykdomsspesifikke strategier

Når det trengs et koordinert system for spesifikke tiltak for å bekjempe slike smittsomme sykdommer som HIV/AIDS, tuberkulose og lungesykdommer som SARS eller for å hindre selvmord, velges ofte den sykdomsspesifikke metoden. Determinantene for disse spesifikke sykdommene blir så fjernet. Fordelen med denne strategien sammenlignet med den ovennevnte integrasjonsmetoden er en tettere forbindelse med medisinsk forskning og typisk sykdomsorienterte tiltak. Det er også større sannsynlighet for at spesialister på forskjellige sykdommer deltar i sykdomsspesifikke programmer enn i strategier som sikter mot mer indirekte sosiale determinanter utenfor deres vanlige aktivitetsområde.

Ved en sykdomsspesifikk metode risikerer man å begrense perspektivet til nedstrøms faktorer i årsakskjeden, f.eks. høyt blodtrykk og høyt kolesterolnivå, istedenfor å rette oppmerksomheten mot *årsakene til årsakene*. Når den sykdomsspesifikke metoden anvendes på slike ikke-smittsomme sykdommer som hjerte-karsykdommer og kreft, er det også en klar risiko for å duplisere strategiene for slike risikofaktorer som tobakk, alkohol og usunt kosthold siden disse risikofaktorene er årsak til mange sykdommer, blant annet kreft og hjerte-karsykdommer. Det er naturligvis svært lite effektivt å utvikle ett tobakkskontrollprogram for hver av de mange sykdommene som forårsakes av tobakksbruk. Det kan også være at et medisinskorientert og sykdomsspesifikt program ikke legger så mye vekt på helsehelhetsspørsmål hvis spesialistene på sykdommen har vanskeligheter med å se den sosiale siden av helseproblemet.

Noen ganger er imidlertid en koordinert, systematisk tilnærming som fokuserer på en spesifikk sykdom, et effektivt verktøy for å mobilisere offentligheten. Det må da satses spesielt på å kople disse strategiene til politikk og programmer med vekt på sosiale og økonomiske helsedeterminanter for å redusere risikoen for duplisering og for ensidig konsentrasjon om nedstrøms risikofaktorer.

## 3. Miljøtilnærminger

Miljøtilnærminger er knyttet opp mot spesifikke miljøer eller arenaer (f.eks. arbeidsplasser, skoler eller sykehus) eller et geografisk område (f.eks. en by eller et samfunn). Denne metoden har lenge vært brukt for å fjerne helsefarer på jobben. Oppmerksomheten konsentreres om alle de viktige helsedeterminantene på en spesiell arbeidsplass istedenfor på én enkelt risikofaktor. Denne metoden har også blitt anbefalt, særlig av WHO, i andre miljøer, f.eks. når det gjelder helsefremmende skoler og sykehus. Helsehelhetsaspektet i disse programmene har noen ganger vært lite framtreddende. Når denne metoden skal brukes, er det derfor nødvendig å identifisere determinantene for sosiale ulikheter i helse. Det må også satses spesielt på å initiere miljø- og områdebaserte strategier i underprivilegerede lokalsamfunn.

Eksempler på tiltak med utgangspunkt i denne metoden finnes i avsnittet om utdanning (side 44-45) og avsnittet om arbeidsmiljø (side 47).

Skadeforebygging egner seg godt for miljøtilnærminger, og det har faktisk vært igangsatt en rekke tiltak i forbindelse med ulykker i trafikken og på arbeidsplassene, særlig i Vest-Europa. Ulykker i hjemmet har imidlertid vært et relativt forsømt område selv om dette er en viktig arena både som skadested og som utgangspunkt for å forebygge dem. I Øst-Europa er død og funksjonshemming som følge av ulykker et voksende problem, som dessuten øker helsekløften: Mennesker i land med lav til middels inntekt i regionen har 3,6 ganger så stor risiko for å dø av skader som de som bor i høyinntektsland i Europa (Sethi et al., 2006a). I de europeiske landene er det de fattigere og mer underprivilegerte delene av befolkningen som står i størst fare for å bli utsatt for ulykker og skader, og dette gjør skadeforebygging til et viktig tema for alle som er opptatt av å fjerne helseulikheter. Praktiske forslag til hva som kan gjøres for å hindre skader og vold, for eksempel i forskjellige miljøer, finnes i en av WHO's EURO-rapporter som nylig ble utgitt (Sethi et al., 2006b).

Samfunnsorienterte strategier ligner på mange måter på miljøtilnærmingene, men de har et mye større nedslagsfelt og omfatter f.eks. en viss geografisk region, en bygd eller en del av en by. WHO har anbefalt at det utvikles slike strategier, f.eks. initiativer av typen Trygge lokalsamfunn og Helse- og miljøkommuner. Den samfunnsorienterte metoden har mange eierskapsfordeler – det vil si at folk som bor i et samfunn, har en naturlig interesse av å øke mulighetene for å leve et sunt liv i lokalsamfunnet eller byen. Dette kan også stimulere til politisk interesse og være starten på en demokratisk dialog om enkelte offentlige helsespørsmål. Erfaringer fra lokalmiljøprogrammer, for eksempel aktiviteter som er initiert som oppfølging av globale og nasjonale miljøtiltak, illustrerer også mulighetene som ligger i den samfunnsorienterte metoden.

Samfunnsorienterte strategier medfører også noen farer. I et helsehelseperspektiv er det fare for at innsatsen først og fremst (eller bare) konsentreres om den samfunnsorienterte metoden for helseutvikling selv om det også kreves en mer vidtfavnende politikk. Det er også en risiko for at helsehelseperspektivet blir begrenset til samfunnsorienterte programmer når interessene til mer velstående grupper (som ofte er mer aktive i slike programmer) avviker fra behovene til de mindre aktive og mindre taleføre underprivilegerte enkeltmenneskene og familiene. Det er derfor viktig å påse at den samfunnsorienterte metoden blir et program som er til nytte for alle, og på en slik måte at helsehelse reduseres når det satses på å bedre helsen i hele lokalsamfunnet. Dette kan kreve politiske vedtak og tiltak som setter søkelyset på de spesifikke determinantene for sosiale helsehelse, som beskrevet på side 21-26.

Helsehelseaspektet kan også integreres i byfornyelsesprogrammer i

underprivilegerte områder. Et interessant eksempel på bruk av denne metoden er initiativet Health Action Zone (et program for å bedre helseforholdene i underprivilegerte områder) i Storbritannia. Det går ut på å finne handlingssoner der det må iverksettes tiltak i mange sektorer, fordi beboernes helseproblemer er mye større og det materielle nivået deres mye lavere enn vanlig. I disse områdene settes det inn ekstra midler og arbeid for å bedre beboernes helse gjennom å bruke sektorovergripende tiltakspakker og strategier for områdefornyelse (Bauld og Judge, 2002). En fordel med denne type programmer er at godt koordinerte og omfattende tiltak i underprivilegerte områder har større muligheter for å bryte den onde sirkelen av dårlig helse og lav sosioøkonomisk status. De potensielt negative effektene sett i et helsehelseperspektiv er at underprivilegerte enkeltmennesker og familier som bor utenfor disse tiltakssonene, naturligvis ikke nyter godt av programmene og derfor kan bli oversett selv om de kanskje utgjør en mye større andel av det totale antall fattige mennesker enn de som bor i de fattigste områdene i landet.

#### **4. Gruppespesifikke strategier**

Gruppespesifikke metoder kan omfatte store befolkningsgrupper, f.eks. barn og eldre eller svært marginaliserte grupper, f.eks. hjemløse og enkelte innvandrere med stor fare for dårlig helse. Gruppemetoden er svært vanlig og velegnet for å bedre helsen til barn og ungdom og eldre. Gruppespesifikke strategier kombineres gjerne med determinanter for helsestrategier der det gis høyest prioritet til determinantene for sosiale ulikheter i helse for den spesielle aldersgruppen.

Denne type strategi for spedbarn og barn kan for eksempel omfatte:

- gratis helseprogrammer for mor og barn med spesiell oppsøkende virksomhet for å sikre at hele målgruppen nyter godt av de tjenestene som tilbys
- økt informasjon og støtte for å få kvinner til å slutte å røyke mens de er gravide
- fremme amming, som i land som Storbritannia har en omvendt sosial gradient
- tidlig registrering av fysiske og psykiske problemer og programmer for barn i mindre privilegerte eller fattige familier
- opprettelse av støttenettverk for og blant enslige mødre med få sosiale kontakter, og
- støtte til familier med barn som har alvorlige problemer som følge av for eksempel økonomiske vansker eller fattigdom, langvarig arbeidsledighet, psykososiale problemer og vold i hjemmet eller alkoholmisbruk eller begge deler.

De eldre utgjør en annen aldersspesifikk gruppe, som i tillegg til rent allmenne tiltak også trenger spesiell oppmerksomhet for at de ikke skal havne i fattigdom. De politiske valgene her består blant annet i å øke pensjonsutbetalingene og fremme koordinerte systemer for helse og sosialtjenester. Hvis dette skal gjennomføres,

kreves det fullgode profesjonelle medisinske og andre tjenester for dem som har minst tilgang til adekvat og god uformell omsorg.

Gruppespesifikke strategier kan også utfylle strategien med determinanter i helse (se over) når man skal prøve å gi folk i svært marginaliserte grupper bedre overlevelsesmuligheter og et sunt liv. Disse gruppene er forskjellige fra land til land, men kan omfatte hjemløse, prostituerte og etniske minoriteter, f.eks. romafolket, som er utsatt for både flere og andre helserisikoer enn de andre gruppene i det landet de bor i. Hvis disse menneskene skal få bedre muligheter til å komme tilbake til et sunnere liv, er det behov for gruppespesifikke strategier, der det kreves en rekke forskjellige forebyggende og helsefremmende tiltak når det gjelder boliger, medisinsk behandling og sosial støtte. I tillegg må de få lettere tilgang til gode helsetjenester og langtidsomsorg, sosiale tjenester og utdanning (Ziglio et al., 2003).

Faren for økt stigmatisering må alltid vurderes for strategier som retter seg mot undergrupper i befolkningen. Stigmatiseringen kan reduseres hvis disse spesielle tiltakene for å nå ut til spesifikke målgrupper gjennomføres innen rammene av generelle strategier for å bedre folks helse og redusere sosiale helseulikheter. Spesielle tiltak bør også iverksettes for å øke tilgangen til vanlige sosial- og helsetjenester. Begrenset tilgang til disse helsetjenestene kan skyldes mangel på helseforsikring. Dette ser ut til å gjelde de medlemmene av romafolket som bor i Romania, der 75% av hele befolkningen er dekket av helseforsikringssystemet, sammenlignet med 34% av romafolket.

Når det skal utvikles gruppespesifikke strategier for svært underprivilegerte grupper, er det strategisk viktig å identifisere og prøve å intensivere arbeidet med å redusere de oppstrøms årsakene, f.eks. diskriminering på grunn av sosial eller etnisk bakgrunn (eller begge deler), på grunn av fattigdom eller arbeidsledighet. Direkte årsaker som tvinger folk til å bo på gaten fordi de står særdeles svakt på et stadig mer kommersialisert boligmarked, må også fjernes.

## **La de siste bli de første i helse for alle-strategier**

Helse for alle-strategier viser seg ofte å bli *helse for noen*-strategier med betydelige og økende sosiale ulikheter i helse. Strategiene som er lagt fram i denne rapporten, er ment å være helse for alle-strategier. Sammenlignet med mange eksisterende strategier for helse er forskjellen den spesielle vekten som legges på determinanter for sosiale ulikheter i helse. Gitt at det finnes politisk vilje til å sikre likere ressursfordeling og profesjonell kompetans, er det gode grunner til å tro at utjevningsstrategier som hever helsestandarden, vil vise seg å være gunstige, ikke bare for å redusere sosiale ulikheter i helse, men også i arbeidet med å gi hele befolkningen bedre helse. Løsningen for å sikre bedre *helse for alle*, er å la de siste bli de første.

## Referanser

Acheson D et al. (1998). *Independent inquiry into inequalities in health report*. London, The Stationery Office.

Alam A et al. (2005). *Growth, poverty and inequality: Eastern Europe and the Former Soviet Union*. Washington, DC, World Bank  
(<http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/complete-eca-poverty.pdf>, accessed 17 May 2006).

Anand S, Ravillion M (1993). Human development in poor countries: on the role of private incomes and public services. *Journal of Economic Perspectives*, 7:133–150.

Andreev EM (2005). Quoted in: World Bank (2005). *Dying too young: addressing premature mortality and ill health due to non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation*. Washington, DC, Europe and Central Asia Human Development Department, World Bank  
(<http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/DyingTooYoung-full.pdf> accessed 17 May 2006).

Atkinson A (1995). Is the welfare state necessarily an obstacle to economic growth? *European Economic Review*, 39:723–730.

Balabanova D, McKee M (2002). Access to health care in a system in transition: the case of Bulgaria. *International Journal of Health Planning & Management*, 17(4):377–395.

Bartley M (1994). Unemployment and ill health: understanding the relationship. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48:333–337.

Bauld L, Judge K, eds (2002). *Learning from health action zones*. Chichester, Aeneas Press.

Berkman LF (2005). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57(3):245–254.

Berkman LF, Glass T (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. New York, Oxford University Press: 137–173.

Bobak M et al. (2004). Lifespan and disability: a cross sectional comparison of Russian and Swedish community based data. *BMJ*, 329(7469):767.

Bosma H et al. (1997). Low job control and risk of coronary heart disease in the Whitehall II (prospective cohort) study. *BMJ*, 314(7080):558–565.

Boström G, Nykvist K (2004). *Levnadsvanor och hälsa [Lifestyles and health]*. Stockholm, National Institute of Public Health (Report 2004:48).

British Department of Health (1999). *Saving lives: our healthier nation*. London, The Stationary Office (Series number: CM 4386; [http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4118614&chk=lpHfou](http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4118614&chk=lpHfou), accessed 18 May 2006).

British Department of Health (2003). *Tackling health inequalities: a programme for action*. London, Department of Health (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/93/62/04019362.pdf>, accessed 18 May 2006).

British Department of Health (2005). *Tackling health inequalities: status report on the programme of action*. London, Department of Health (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/11/76/98/04117698.pdf>, accessed 18 May 2006).

Burns H (2005). *Tackling health inequalities*. London, Department of Health (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/40/09/04124009.pdf> accessed 13 June 2006).

Burström B et al. (2003). Winners and losers in flexible labor markets: the fate of women with chronic illness in contrasting policy environments – Sweden and Britain. *International Journal of Health Services*, 33(2):199–217.

Carlson P (2001). Risk behaviour and self rated health in Russia: 1998. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55:806–817.

Cavelaars AE, Kunst AE, Mackenbach JP (1997). Socio-economic differences in risk factors for morbidity and mortality in the European Community: an international comparison. *Journal of Health Psychology*, 2:353–372.

Cavelaars AE et al. (1998). Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 western European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, **52(4)**:219–227.

Chien TT et al. (2002). *Vietnam health report 2002*. Hanoi, Vietnam Ministry of Health: Medical Publishing House.

CIA (2006). *The World Factbook*. Washington, DC, Central Intelligence Agency (<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/>, accessed 17 May 2006).

Cockerham WC (2000). Health lifestyles in Russia. *Social Science and Medicine*, **51(9)**:1313–1324.

Coker R et al. (2006). Risk factors for pulmonary tuberculosis in Russia: case-control study. *BMJ*, **332(7533)**:85–87.

Colhoun H, Prescott-Clarke P (1996). *Health survey for England 1994*. London, The Stationery Office.

**Costa G et al. (2006). Italian case study. In: *Health for All? A critical study of policies in seven European countries*. Hogstedt C. Backhans M. Lundgren B. Moberg H. (eds). Stockholm, National Institute of Public Health (in press).**

Dahlgren G (1996). *Sectoral approaches to poverty reduction: health. A Report of the SIDA Task Force for Poverty Reduction*. Stockholm, Swedish International Development Agency.

Dahlgren G (1997). Strategies for reducing social inequalities in health – visions and reality. In: Ollila E, Koivusalo M, Partonen T, eds. *Equity in health through public policy*. Helsinki, Finland, STAKES.

Dahlgren G (2003a). *Health and health care within the context of comprehensive strategies for poverty reduction – an international outlook*. Hanoi, Ministry of Health in Vietnam.

Dahlgren G. (2003b) *Hälsopolitiska jämlikhetsstrategier – några utgångspunkter [Equity oriented strategies for health – some points of departure]*, Working paper, 8 August 2003. Stockholm, National Institute of Public Health.



Dahlgren G (2004). *The affordability ladder step by step – purpose, concepts and examples*, Working Paper. Liverpool, Affordability Ladder Programme, Department of Public Health, University of Liverpool.

Dahlgren G, Whitehead M (1992). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document number: EUR/ICP/RPD 414(2); [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR\\_ICP\\_RPD414\(2\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414(2).pdf), accessed 16 June 2006).

Dahlgren G, Whitehead M (1993). *Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried?* Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, September 1993, Ditchley Park, Oxfordshire. London, King's Fund (mimeo).

De Vogli R, et al (2005) Has the relation between income inequality and life expectancy disappeared? Evidence from Italy and top industrialised countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59: 158-62.

Diderichsen F (2002). Income maintenance policies: determining their potential impact on socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge: 53–66.

**Diderichsen F (2006). Danish case study. In: *Health for All? A critical study of policies in seven European countries*. Hogstedt C. Backhans M. Lundgren B. Moberg H. (eds). Stockholm, National Institute of Public Health (in press).**

Diderichsen F, Dahlgren G, Vågerö D (1997). *Analysis of the proportion of the total disease burden caused by specific risk factors*. Stockholm, National Institute for Public Health.

Diderichsen F, Evans T, Whitehead M (2001). The social basis of disparities in health. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health – from ethics to action*. New York, Oxford University Press.

Diderichsen F, Hallqvist J (1997). Trends in occupational mortality among middle-aged men in Sweden 1961–1990. *International Journal of Epidemiology*, 26(4):782–787.

Drever F, Whitehead M, eds (1997). *Health inequalities: decennial supplement*. London, The Stationary Office (DS Series No.15).

DTI (2001). *The UK fuel poverty strategy*. London, Department of Trade and Industry (DTI)/Department of Environment, Food and Rural Affairs (Defra) (<http://www.dti.gov.uk/files/file16495.pdf>, accessed 17 May 2006).

DTI (2004) *The UK fuel poverty strategy: 2<sup>nd</sup> annual progress report: 2004*. London, Department of Trade and Industry (DTI)/Department of Environment, Food and Rural Affairs (Defra) ([http://www.defra.gov.uk/Environment/energy/fuelpov/pdf/fuelpov\\_2nocover.pdf](http://www.defra.gov.uk/Environment/energy/fuelpov/pdf/fuelpov_2nocover.pdf), accessed 17 May 2006).

Duffy K (1998). *Opportunities and risk: trends in social exclusion in Europe*. Council of Europe Project on Human Dignity and Social Exclusion (HDSE). Strasbourg, Council of Europe.

Economist (2006). Finance and economics: decoupled: companies' and countries' prosperity. *The Economist*, 378:75–76.

Eriksson JG et al. (1999). Catch-up growth in childhood and death from coronary heart disease: longitudinal study. *BMJ*, **318(7181)**:427–431.

Falkingham J (2001). Quoted in: Walters S, Suhrcke M (2005). *Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of literature*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Working paper 2005/1; [http://www.euro.who.int/Document/SED/Socioecon\\_ineq.pdf](http://www.euro.who.int/Document/SED/Socioecon_ineq.pdf), accessed 18 May 2006).

Falkingham J (2004). Poverty, out of pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan. *Social Science and Medicine*, **58(2)**:247–258.

Gilmore AB, McKee M, Rose R (2002). Determinants of and inequalities in self perceived health in Ukraine. *Social Science & Medicine*, **55(12)**:2177–2188.

Gilmore AB et al. (2001). Epidemiology of smoking in Ukraine 2000. *Preventive Medicine*, **33(5)**:453–461.

Graham H (1996). Smoking prevalence among women in the European Community 1950–1990. *Social Science & Medicine*, **43**:243–254.

Graham H, ed. (2000). *Understanding health inequalities*. Buckingham, Open University Press: 1–21.

Groenhof F et al. (1996). *Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Central and Eastern Europe: a comparison to some Western European countries*. Rotterdam, Department of Public Health, Erasmus University.

Guha S (1994). The importance of social intervention in England's mortality decline: the evidence reviewed. *Social History of Medicine*, **7**(1):89–113.

Hales S et al. (1999). National infant mortality rates in relation to gross national product and distribution of income. *Lancet*, 354(9195):2047.

Hart JT (1971). The inverse care law. *Lancet*, **1**(7696):405–412.

Haut Comité de la santé Publique (1998). *La santé en France 1994-8 [Health in France, 1994-8]*. Paris, La Documentation Française.

Health and Safety Executive (2004). *Interim update of the "Costs to Britain of workplace accidents and work-related ill-health"*. London, Health and Safety Executive, Economic Advisers Unit (<http://www.hse.gov.uk/statistics/pdf/costs.pdf>, accessed 18 May 2006).

Health and Safety Executive (2005). *Health and safety statistics 2004/05*. London, Health and Safety Commission (<http://www.hse.gov.uk/statistics/overall/hssh0405.pdf>, accessed 18 May 2006).

Healy JD (2003). Excess winter mortality in Europe: a cross country analysis identifying key risk factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, **57**(10):784–789.

Hemingway H, Kuper H, Marmot M (2003). Psychosocial factors in the primary and secondary prevention of coronary heart disease: an updated systematic review of prospective cohort studies. In: Yusuf S et al., eds. *Evidence based cardiology*, 2<sup>nd</sup> ed. London, BMJ Books: 181–218.

Hemmingsson T (1999). *Explanations of differences in alcoholism between social classes and occupation among Swedish men – a register based follow up study* [Doctoral thesis]. Stockholm, Karolinska Institute, Department of Public Health Sciences, Division of Occupational Health.

Hemmingsson T et al. (1998). Explanations in social class differences in alcoholism among young men. *Social Science & Medicine*, 47(10):1399–1405.

Hewitt P (2005). *Tackling health inequalities*. Speech at the EU Summit, London, England, 17 October 2005  
([http://www.dh.gov.uk/NewsHome/Speeches/SpeechesList/SpeechesArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4125537&chk=JmFtgr](http://www.dh.gov.uk/NewsHome/Speeches/SpeechesList/SpeechesArticle/fs/en?CONTENT_ID=4125537&chk=JmFtgr), accessed 18 June 2006).

House JS, Landis KR, Umberson D (1988). Social relationships and health. *Science*, 241:540–545.

Ivaschenko O (2004). *Longevity in Russia's regions: do poverty and low public health spending kill?* Helsinki: United Nations University World Institute for Development Economics Research (UNU-WIDER) (UNU-WIDER Research Paper No. 2004/40; <http://www.wider.unu.edu/publications/rps/rps2004/rp2004-040.pdf>, accessed 16 May 2006).

Jarvis MJ, Wardle J (1999). Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking. In: Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press: 240–255.

Judge K et al. (2005). *Health inequalities: a challenge for Europe*. An independent, expert report commissioned by, and published under the auspices of, the UK Presidency of the EU  
([http://ec.europa.eu/comm/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/ev\\_060302\\_rd05\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/comm/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd05_en.pdf), accessed 31 May 2006).

Kälin W, Müller L, Wyttenbach J, eds (2004). *The face of human rights*. Baden, Switzerland, Lars Müller Publishers.

**Kaplan G et al. (1996). Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ*, 312:999–1003.**

Kawachi I, Kennedy B, Glass R (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, **89(8)**:1187–1193.

Kawachi et al. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*, **87(9)**:1491–1498.

**Kennedy BP, Kawachi I, Prothrow-Stith D (1996). Income distribution and mortality: cross-sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. *BMJ*, 312:1004–1007.**

Klocke A, Hurrelmann K (1995). *Armut und Gesundheit. Inwieweit sind Kinder und Jugendliche betroffen? [Poverty and health. How are children and adolescents affected?]* *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft*, **2**:138–151.

Klumbiene J et al. (2004). Sociodemographic and health behaviour factors associated with obesity in adult populations in Estonia, Finland and Lithuania. *European Journal of Public Health*, **14(4)**:390–394.

Korpi W, Palme J (1998). The paradox of redistribution and strategies for equality: welfare state institutions, inequality and poverty in the western countries. *American Sociological Review*, **63(5)**:661–687.

Kunst AE (1997). *Cross national comparisons of socioeconomic differences in mortality* [PhD thesis]. Rotterdam, Erasmus University.

Kyprianou M (2005). Facing up to health inequalities in Europe. *Presentation at EU Summit: Tackling health inequalities: governing for health, London, England, 17–18 October 2005*.

Lang T, Ducimetiere P (1995). Premature cardiovascular mortality in France: divergent evolution between social categories from 1970 to 1990. *International Journal of Epidemiology*, **24(2)**:331–339.

Leinsalu M, Vagero D, Kunst A (2003). Estonia 1989–2000: enormous increase in mortality differences by education. *International Journal of Epidemiology*, **32**:1081–1087.

Lewis M (2000). *Who is paying for health care in Eastern Europe and Central Asia?* Washington DC, Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region, World Bank.

Lindholm L, Burström B, Diderichsen F (2002). Class differences in the social consequences of illness? *Journal of Epidemiology and Community Health*, **56**:188–192.

Link BG, Phelan J (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue: 80–94.

Link BG, Phelan J (1996). Understanding sociodemographic differences in health – the role of fundamental social causes. *American Journal of Public Health*, **86**(4):471–473.

Ljung R et al. (2005). Socioeconomic differences in the burden of disease in Sweden. *Bulletin of the World Health Organization*, **83**:92–100.

Lundberg O (1991). Causal explanations for class inequality in health – an empirical analysis. *Social Science & Medicine*, **32**(4):385–393.

Lynch JW, Kaplan GA (1997). Understanding how inequality in the distribution of income affects health. *Journal of Health Psychology*, **2**:297–314.

Lynch JW, Kaplan GA, Salonen JT (1997). Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social Science & Medicine*, **44**(6):809–819.

Lynch J et al. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ*, **320**(7243):1200–1204.

Lynch J et al. (2001). Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations. *Lancet*, **358**(9277):194–200.

Mackenbach JP (1996). The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited. *Journal of Clinical Epidemiology*, **49**(11):1207–1213.

Mackenbach JP (2003). An analysis of the role of health care in reducing socioeconomic inequalities in health: the case of the Netherlands. *International Journal of Health Services*, **33(3)**:523–542.

Mackenbach JP (2005). *Health inequalities: Europe in profile*. An independent expert report commissioned by and published under the auspices of the United Kingdom Presidency of the European Union, October 2005 ([http://www.fco.gov.uk/Files/kfile/HI\\_EU\\_Profile.0.pdf](http://www.fco.gov.uk/Files/kfile/HI_EU_Profile.0.pdf), accessed 16 May 2006).

Mackenbach J, Stronks K, Kunst A (1989). The contribution of medical care to inequalities in health: differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention. *Social Science & Medicine*, **29(3)**:369–376.

Mackenbach JP et al. (2002). Socioeconomic inequalities in health in Europe: an overview. In: Mackenbach JP, Bakker MJ, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge: 3–24.

Mäkelä P, Valkonen T, Martelin T (1997). Contribution of deaths related to alcohol use of socioeconomic variation in mortality: register based follow up study. *BMJ*, **315(7102)**:211–216.

Marmot M (2004). *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. London, Bloomsbury Publishing Plc.

Marmot M, Bobak M (2000) International comparators and poverty and health in Europe. *BMJ*, **321**: 1124-8.

Marmot M, Wilkinson RG (2001). Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ*, **322(7296)**:1233–1236.

Marmot M et al. (1997a). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet*, **350(9073)**:235–239.

Marmot M et al. (1997b). Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Social Science & Medicine*, **44**:901–910.

**Mclsaac SJ, Wilkinson RG** (1997). Income distribution and cause-specific mortality. *European Journal of Public Health*, 7(1):45–53.

McKeown T (1976). *The modern rise of population*. London, Edward Arnold.

Mesrine A (1999). Les differences de mortalité par milieu social restent fortes [*Differences in mortality according to social class are still important*]. *Données Sociales*, 228–235.

Mielck A, Graham H, Bremberg S (2002). Children, an important target group for reduction of socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge: 144–168.

Mitterand F (1995). Speech at the Social Summit in Copenhagen 1995. As quoted in: Jonsson S (2001). *Världens Centrum: En essä om globalisering* [*The centre of the world: an essay about globalization*]. Stockholm, Nordstedts Förlag (in Swedish).

**Montgomery SM et al.** (1996). Health and social precursors of unemployment in young men in Great Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50:415–422.

National Board of Health and Social Welfare (2001). *Health in Sweden – Sweden's Public Health Report 2001*. Stockholm, National Board of Health and Social Welfare (<http://www.sos.se/fulltext/111/2001-111-2/summary.htm>, accessed 18 May 2006).

National Board of Health and Social Welfare (2002). *Vårdens värde* [*The value of care*]. Stockholm, National Board of Health and Social Welfare.

National Board of Health and Social Welfare (2005). *Sweden's Public Health Report 2005*. Stockholm, National Board of Health and Social Welfare.

National Institute of Public Health (2003). *Folkhälsoaspekter på EU:s gemensamma jordbrukspolitik (CAP)* [Public health aspects on the Common Agricultural Policy (CAP) of the European Union]. Sandviken, Sweden, National Institute of Public Health.

National Institute of Public Health (2005). *Folkhälsopolitisk Rapport 2005* [*Public Health Policy Report 2005*]. Stockholm, National Institute of Public Health.



NOBUS (National Survey of Household Welfare and Program Participation) Survey (2003). *2003 Round of the National Survey of Household Welfare and Program Participation (for Russia)*. Moscow, Federal State Statistics Service: 97.

Palme J (2004). EU, skatterna och socialförsäkringarna [European Union, taxes and social welfare systems]. In: Gustavson S, Oxelhielm L, Wahl N, eds. *EU skatterna och välfärden. [European Union, taxes and welfare]*. Stockholm, Santeus Förlag (in Swedish).

Peto R et al. (2004). *Mortality from smoking in developed countries 1950–2000*, 2<sup>nd</sup> ed. Oxford, Oxford University Press.

Pikhart H et al. (2001). Psychosocial work characteristics and self rated health in four post-communist countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55:624–630.

Platt S et al. (2002). Smoking policies. In: Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge.

Pomerlau J, McKee M (2003). Hazardous alcohol drinking in the former Soviet Union: a cross-sectional study of eight countries [website]. London, European Centre on Health of Societies in Transition ([http://www.llh.at/publications/02\\_uk\\_1\\_04.pdf](http://www.llh.at/publications/02_uk_1_04.pdf), accessed 19 May 2006).

Power C, Matthews S (1997). Origins of health inequalities in a national population sample. *Lancet*, **350**:1584–1585.

Putin V (2005). *Russian President Putin Delivers State of the Nation Address*. Kremlin, April 25 2005. ([www.fas.org/irp/news/2005/04/putin042505.html](http://www.fas.org/irp/news/2005/04/putin042505.html), accessed 8 June 2006).

Raphael D (2001). From increasing poverty to societal disintegration. How economic inequality affects the health of individuals and communities. In: Armstrong H, Armstrong P, Coburn D, eds. *The political economy of health and health care in Canada*. Toronto, Oxford University Press.

Regidor E, Gutierrez-Fisac JL, Rodriguez C (1955). Increased socioeconomic differences in mortality in eight Spanish Provinces. *Social Science & Medicine*, **41(6)**:801–807.

Ross H (2004). The economics of tobacco and tobacco control. In: European Union ASPECT Consortium. *Tobacco or health in the European Union: past, present and future*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities: 69–98 ([http://ec.europa.eu/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/tobacco\\_fr\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf), accessed 19 May 2006).

Russian Ministry of Public Health (1997). *Towards a healthy Russia: policies and strategies for the prevention of cardiovascular and other noncommunicable diseases within the context of public health reform in Russia*. Moscow, Ministry of Public Health. As reported in: World Bank (2005). *Dying too young: addressing premature mortality and ill health due to non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation*. Washington, DC, Europe and Central Asia Human Development Department, World Bank (<http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/DyingTooYoung-full.pdf>, accessed 17 May 2006).

Sen A (1995). The political economy of targeting. In: van de Walle D, Nead K, eds. *Public spending and the poor*. Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press: 11–24.

Sen A (2000). *Development as freedom*. New York, Random House, Inc.

Sen A (2001). Economic progress and health. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford, Oxford University Press: 333–345.

Sethi D et al. (2006a) Reducing inequalities from injuries in Europe. *Lancet*, published online June 26, 2006 DOI:10.1016/S0140-6736(06)68895-8.

Sethi D et al. (2006b) *Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (in press).

Skrabski A et al. (2004). Social capital and collective efficacy in Hungary: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(4):340–345.

Stronks K et al. (1996). Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis. *Sociology of Health & Illness*, 18:653–674.

**Suhrcke M et al. (2005). *Economic consequences of non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation*. Copenhagen, Who Regional Office for Europe: 36.**

Summerfield C, Gill B (2005). *Social trends No. 35*. London: Palgrave Macmillan.

Szilágyi T (2004). Economic impact of smoking and tobacco control in Hungary, Budapest. GKI, Economic Research Institute.

Szreter S (1988). The importance of social intervention in Britain's mortality decline c. 1850–1914: a re-interpretation of the role of public health. *Social History of Medicine*, 1:1–37.

Tenconi MT et al. (1992). The relationship between education and risk factors for coronary heart disease. Epidemiological analysis from the nine communities study. The Research Group ATS-OB43 of CNR. *European Journal of Epidemiology*, 8(6):763–769.

Townsend P (1979). *Poverty in the United Kingdom*. London, Penguin Books.

UNDP (2005). *Human Development Report 2005: international cooperation at a crossroads: aid, trade and security in an unequal world*. New York, United Nations Development Programme (<http://hdr.undp.org/reports/global/2005/>, accessed 17 May 2006).

UNICEF (2001). *Monee report no 8: a decade of transition* Florence, Italy, United Nations Children's Fund, Innocenti Research Centre (Regional Monitoring Report, No. 8 – 2001; <http://www.unicef-icdc.org/publications/pdf/monee8/eng/index.html>, accessed 21 June 2006).

Vågerö D, Eriksson R (1997). Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet*, 350(9076):516–518.

Vågerö D, Lundberg O (1995). Socioeconomic mortality differentials among adults in Sweden. In: Lopez AD, Casselli G, eds. *Adult mortality in developed countries: from description to explanation*. Oxford, Clarendon Press: 223–242.

Valkonen T (1992). Trends in regional and socio-economic mortality differentials in Finland. *International Journal of Health Sciences*, 3(3–4):157–166.

van de Mheen H, Reijneveld SA, Mackenbach JP (1996). Socioeconomic inequalities in perinatal and infant mortality from 1854 till 1990 in Amsterdam, The Netherlands. *European Journal of Public Health*, **6**:166–174.

Wagstaff A, van Doorslaer E (2000). Income inequality and health: what does the literature tell us? *Annual Review of Public Health*, **21**:543–567.

**Walberg P et al. (1998). Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis. *BMJ*, 317(7154):312–318.**

Walters S, Suhrcke M (2005). *Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of recent literature*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Working paper 2005/1; [http://www.euro.who.int/Document/SED/Socioecon\\_ineq.pdf](http://www.euro.who.int/Document/SED/Socioecon_ineq.pdf), accessed 17 May 2006).

Wamala S et al. (2006). Dålig ekonomi stoppar sjuka från att söka läkare [Bad economy stops sick from seeking care]. *Dagens Nyheter*, 20 February 2006 (in Swedish).

Watkins K (2000). *Growth with equity is good for the poor*. Oxford, Oxfam ([http://team.univparis1.fr/teamperso/DEA/Cursus/L3/Memoire/Growth\\_Inequality%20OXFAM.pdf](http://team.univparis1.fr/teamperso/DEA/Cursus/L3/Memoire/Growth_Inequality%20OXFAM.pdf), accessed 19 May 2006).

Welte R, König H-H, Leidel R (2000). Tobacco: the costs of health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in Germany. *European Journal of Public Health*, **10**:31–38.

Wennemo I (1993). Infant mortality, public policy and inequality – a comparison of 18 industrialised countries 1950–1985. *Sociology of Health and Illness*, **15**(4):429–448.

Whitehead M (1990). *The concepts and principles of equality and health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (EUR/ICP/RPD 414; [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR\\_ICP\\_RPD\\_414.pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD_414.pdf), accessed 17 May 2006).

Whitehead M (1998). Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Quarterly*, **76**(3):469–492.

Whitehead M, Dahlgren G (2006). *Levelling up Part 1: Concepts and principles for tackling social inequities in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Whitehead M, Dahlgren G, Evans T (2001) Equity and health sector reform: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet*, 358 (9284): 833-836.

Whitehead M, Diderichsen F (2001). Social capital and health: tip-toeing through the minefield of evidence. *Lancet*, **358** (9277):165–166.

Whitehead M, Scott-Samuel A, Dahlgren G (1998). Setting targets to address inequalities in health. *Lancet*, **351(9111)**:1279–1282.

Whitehead M et al. (2004). Evidence for public health policy on inequalities: 2: assembling the evidence jigsaw. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(10):817–821.

WHO (1995). *World health report 1995. Bridging the gaps*. Geneva, World Health Organization ([http://whqlibdoc.who.int/whr/1995/WHR\\_1995.pdf](http://whqlibdoc.who.int/whr/1995/WHR_1995.pdf), accessed 17 May 2006).

WHO (2002). *World health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization ([http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_WHR\\_02.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_WHR_02.1.pdf), accessed 17 May 2006).

**WHO (2004). *Commission on social determinants of health: note by the Secretariat. Geneva, World Health Organization* (document number: EB115/35).**

**WHO (2006a). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Geneva, World Health Organization* ([http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok\\_charter/en/print.html](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/print.html), accessed 30 May 2006).**

WHO (2006b). *Global tuberculosis control: surveillance, planning financing: WHO report 2006*. Geneva, World Health Organization (document number: WHO/HTM/TB/2006.362; [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563141\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563141_eng.pdf), accessed 17 May 2006).

WHO Commission on Macroeconomics and Health (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, World Health Organization (<http://www.cid.harvard.edu/cidcmh/CMHReport.pdf>, accessed 13 June 2006).

WHO Regional Office for Europe (1985). *Targets for Health for All: targets in support of the European Regional Strategy for Health for All*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

**WHO Regional Office for Europe (1999).** *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen, **WHO Regional Office for Europe** (European Health for All Series, No. 6 <http://www.who.dk/document/health21/wa540ga199heeng.pdf>, accessed 15 June 2006).

WHO Regional Office for Europe (2005a). *The European health report 2005: public health action for healthier children and populations*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/e87325.pdf>, accessed 16 June 2006).

WHO Regional Office for Europe (2005b). *Investing in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

**WHO Regional Office for Europe (2005c).** *The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update*. **Copenhagen, WHO Regional Office for Europe** (European Health for All Series, No. 7; <http://www.euro.who.int/document/e87861.pdf>, accessed 15 June 2006).

WHO Task Force on Research Priorities for Equity in Health and the WHO Equity Team (2005). Priorities for research to take forward the health equity policy agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, **83**:948–953 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/12/948.pdf>, accessed 17 May 2006).

Wilkinson RG (1992) Income distribution and life expectancy. *BMJ*, 304:165-68.

Wilkinson RG (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London, Routledge.

Wilkinson RG (2005). *The impact of inequality: how to make sick societies healthier*. London, Routledge.

Williams J (2004). *50 facts that should change the world*. Cambridge, United Kingdom, Icon Books Ltd.

World Bank (2002). *Growth challenges and government policies in Armenia*. Washington, DC. World Bank.

World Bank (2004). *Russia poverty assessment*. Washington, DC, Europe and Central Asia, Human Development Department, World Bank.

World Bank (2005). *Dying too young: addressing premature mortality and ill health due to non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation*. Washington, DC, Europe and Central Asia Human Development Department, World Bank (<http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/DyingTooYoung-full.pdf>, accessed 17 May 2006).

**World Bank (2006). *World Development Report 2006: equity and development*. New York, Oxford University Press. As reported in: Anderson E, O'Neil T, eds. *A new equity agenda? Reflections on the 2006 World Development Report, the 2005 Human Development Report and the 2005 Report on the World Social Situation*. London. Overseas Development Institute (Working paper 265; [http://www.odi.org.uk/publications/working\\_papers/wp265.pdf](http://www.odi.org.uk/publications/working_papers/wp265.pdf), accessed 15 June 2006).**

World Economic Forum (2005). *The global competitiveness report 2005–2006*. Geneva, World Economic Forum ([www.palgrave.com/worldeconomicforum](http://www.palgrave.com/worldeconomicforum), accessed 7 June 2006).

Ziglio E et al., eds (2003). *Health systems confront poverty*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Public Health Case Studies Series, No. 1; <http://www.euro.who.int/document/e80225.pdf>, accessed 16 May 2006).

Zoritch B, Roberts I, Oakley A (2005). Day care for pre-school children. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4* (<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000564.html>, accessed 7 June 2006).





